BAND I

DOKUMENTATION DES SCHICKSALS VON 80 CHRONISCH-KRANKEN DER PSYCHIATRIE

Eine sozialrehabilitative erkundende Verlaufsstudie über mehr als 10 Jahre mit explorativer und qualitativer Datenanalyse (mit 51 Tabellen und 6 Abbildungen)

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
am Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften (WEI)
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von Melinda Rath, geb. Soell
aus Colmar

1985

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549615_0001

BAND I

D O K U M E N T A T I O N
D E S S C H I C K S A L S V O N 80
C H R O N I S C H - K R A N K E N D E R
P S Y C H I A T R I E

Eine sozialrehabilitative erkundende Verlaufsstudie
über mehr als 10 Jahre mit explorativer und
qualitativer Datenanalyse
(mit 51 Tabellen und 6 Abbildungen)

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
am Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften (WEI)
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von Melinda Rath, geb. Soell
aus Colmar

1. Gutachter: Professor Dr. med. Helmut Bach
2. Gutachter: Professor Dr. phil. Hans-Peter Rosemeier

Tag der mündlichen Prüfung: 15.11.1985
Tag der Promotion: 15.11.1985

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	1
I. Einleitung	3
1. Historischer Überblick: über die Versorgung psychisch Kranker	6
2. Literaturübersicht	21
2.1 Zur institutionellen oder alternativen Versorgung	22
2.2 Zur Chronizität bzw. Chronifizierung	29
2.3 Zur Verlaufsforschung insbesondere der schizophrenen Erkrankungen	33
2.4 Zur sozialen Ätiologie	53
3. Zur Methodologie der vorliegenden Untersuchung	59
II. Zielsetzung, Methodik und Beschreibung der Patienten	
1. Zielsetzung: Zusammenhang zwischen der Tragfähigkeit des sozialen Umfeldes und des chronischen Verlaufs	62
1.1 Psychosoziale Aspekte der Genese und der Langzeitentwicklung von chronisch-psychiatrisch Erkrankten	64
1.2 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit von drei sozialen Bedingungsfeldern	68
1.2.1 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: von sozialer Schicht	70
1.2.2 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: vom Vorhandensein einer familialen Bezugsperson	78
1.2.3 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: von der Struktur psychiatrischer Institutionen	81
1.3 Italienische Psychiatriereform am Beispiel Triests im Vergleich zur Lage der deutschen Psychiatrie insbesondere West-Berlins	88

Seite

2. Methodisches Vorgehen: Eigene Untersuchung 103

2.1 Schema der Vorgehensweise zur Erlangung der katamnestischen Daten 106
2.2 Feldbeschreibung 110
2.3 Merkmalsliste 113
2.4 Parameter für die Verlaufsbeurteilung 114
2.5 Beobachtendes halbstrukturiertes Interview für die Spätkatamnese 115
2.6 Übertrag auf Lochkarten 118
2.7 Patientennummern 119

3. Beschreibung der Patienten 121

3.1 Größere rehabilitative Chancen als Anlaß der Verlegung 121
3.2 Entscheidungskriterien bei der Verlegung 123

3.2.1 Geschlechtsverteilung 123
3.2.2 Altersbeschreibung 124
3.2.3 Dauer des Aufenthaltes in der Großklinik zum Zeitpunkt der Verlegung 124

3.3 Diagnostische Beschreibung des Patientenkollektivs 125

3.3.1 Anfangsdiagnose von Enddiagnose unterschiedlich 131
3.3.2 Diagnostische Subgruppe der Schizophrenien 133
3.3.3 Symptome vor der Manifestation der Psychosen insgesamt 139

4. Unterbringungsmodi und Pflegschaft 141

III. Katamnese 144

1. Familienstand 145

1.1 Bedeutung der Partnerschaft 147
1.2 Diagnose und Familienstand 151
1.3 Geschlecht und Familienstand 158

2. Anzahl der Kinder und Familienstand 165

Seite

3. Manifeste Erkrankung 170

3.1 Erkrankungsalter und Familienstand 171

3.2 Manifester Vorerkrankungszeitraum nach Geschlecht 176

3.3 Erkrankungsalter nach Diagnosen und Geschlecht 178

4. Familiengenese nach Diagnose 184

4.1 Vorhandensein oder Fehlen einer positiven Familiengeschichte 188

4.2 Ambivalente und andere extreme Beziehungsformen in der Familie 191

4.3 Stellung in der Geschwisterreihe 195

5. Eigengenese nach Diagnose 202

5.1 Frühkindliche Entwicklungsbedingungen und Primordialsymptomatik 204

5.2 Soziales Merkmal: Ausbildung und Beruf 209

5.2.1 Länge des beruflichen Tätigseins 217

5.3 Schichtzugehörigkeit 222

5.3.1 Höchste prämorbid erreichte soziale Schicht 222

5.3.1.1 Soziale Schicht und Aufenthaltsdauer 227

5.3.1.2 Subgruppe der männlichen Schizophrenen und soziale Schicht 230

5.3.2 Prämorbide soziale Bewährung und durchschnittliches Lebensalter des sozialen Abstieges 232

5.3.2.1 Schichtzugehörigkeit und sozialer Abstieg 239

5.4 Wohnverhältnisse vor der Erstaufnahme 240

Seite

6. Vermutete auslösende Konfliktsituationen der Orientierungskrisen 245

6.1 Phasentypische Schwellensituationen 248
6.2 Situative Bedingungen anderer psychotraumatischer Belastungen 255
6.3 Objektverlust 264
6.4 Isolation und Entwurzelungsproblematik infolge der Versetzung in die Anonymität einer Großstadt 269

7. Zeiträume der Verweildauer in unterschiedlichen Institutionen 277

7.1 Großklinik 279
7.2 Kleinere Klinikeinheit 283
7.3 Andere Institutionen 287
7.4 Häufigkeit aller stationären psychiatrischen Aufnahmen 293

8. Symptombilder: Stabilität und Remanifestation 299

9. Umfang nicht-psychiatrischer körperlicher Erkrankungen 311

10. Therapieversuche während psychiatrischer Klinikaufenthalte 326

10.1 Eingriffe und medikamentöse Behandlung 328
10.2 Wirksamkeit nicht-medikamentöser Behandlungsmethoden 335

10.2.1 Stationäre Behandlungsformen und extramurale rehabilitative Maßnahmen 340
10.2.2 Patientenreisen als Therapie am anderen Ort 349

IV. Spätkatamnese 360

1. Verbleib außerhalb Institutionen 363

1.1 Soziale Rückkehr 364
1.2 Therapeutische Übergangswohngemeinschaft 369

Seite

2. Verbleib in Institutionen 375

2.1 Heimunterbringung 378
2.2 Psychiatrische Einrichtungen 382

2.2.1 Heilpädagogisches Zentrum (HPZ) 383
2.2.2 Umwandlung einer Chronikerstation der kleineren Klinikeinheit: von der Verwahrung zur Langzeitrehabilitation 389

3. Medikation der Entlassenen, Wiederaufnahmen und Verbleib der stationären Patienten als Indikator für Stabilität 400

4. Soziale Kontakte 408

5. Ich-Leistungen im sozialen Funktionieren 413

6. Subjektive Daten: Der Patient spricht 420

7. Objektivierte Daten: Kooperation bzw. Ambivalenz der Patienten 427

7.1 Selbstbeurteilungsskalen des seelischen und körperlichen Zumuteseins 429

7.1.1 Befindlichkeitsskala 431
7.1.2 Freiburger Beschwerdenliste 437

V. Sterbedaten:
Durchschnittssterbealter, Todesursachen, Sterbeort 443

VI. Zusammenfassende Diskussion: Soziales Netz defekt?
Alternativen und Ausblick 453

1. Soziogenese 455

2. Geschlechtsvergleich 468

3. Chronifizierung und institutionelle Versorgung 472

4. Pathologisches Regressionsbedürfnis und prognostische Überlegungen 480

Seite

5. Tragfähigkeit des sozialen Netzes 489

6. Soziale Rehabilitation - ein Ausblick? Triest und Berlin im Vergleich 497

Nachtrag 512

Schlußwort 515

Anhang: Schicksalshafte historische Entwicklungen 517

Literaturverzeichnis I

Sachregister XXVI

1. Patienten-Nummern XXVI

2. Fragebogen XXIX

Vorwort

Die Auffassungen über psychische Krankheiten haben sich in den letzten Jahrzehnten innerhalb der Medizin erheblich gewandelt. Infolge einer bisher mangelhaften Infrastruktur ist der Übergang von der bisherigen "Verwahrung" der Kranken in großen geschlossenen Kliniken zu einer intensiveren therapeutischen Behandlung in kleineren Klinikeinheiten erschwert (vgl. zusammenfassender Bericht der WHO 1978).

Extramurale Einrichtungen, Therapiezentren oder Kriseninterventionsstationen, die im Falle einer akuten Krise durch eine zeitlich passagere, stationäre Aufnahme Halt und Entlastung für Patienten und deren Familien böten und somit eine Einweisung oder Wiederaufnahme in unüberschaubare Großkliniken verhindern könnten, existieren noch (im Rahmen der öffentlichen Versorgung psychisch Erkrankter in der BR Deutschland) primär in den Köpfen der Sozialplaner: So scheint die kleine, überschaubarere Klinikeinheit als Auffang- und Zwischenstation vor weiteren therapeutischen Schritten zunächst noch ihre Berechtigung zu behalten.

Hinzu kommt, daß bisher kaum zuverlässige Auswahlkriterien für rehabilitationsfähige, "chronisch" psychisch Kranke vorliegen. Die mangelnden Differenzierungsmöglichkeiten, gerade in den Großkliniken, führen aber dazu, daß Menschen, die in den Familienverbänden früherer Jahre durchaus leben konnten oder die durch intensive Behandlung so weit rehabilitiert werden konnten, um in extramuralen Einrichtungenn qualitativ gut versorgt zu leben, zu Dauerpatienten dieser Kliniken werden (STEINGRÜBER et al. 1975, 212).

Ganz abgesehen von den medizinisch-humanitären Aspekten sind hier mittel- und langfristig besonders auch finanzielle Interessen betroffen. Eine erfolgreiche Therapie in einer kleinen klinischen Einheit ist zwar zunächst mit einem erhöhten Personalaufwand und deshalb mit mehr Kosten verbunden; die dadurch herbeigeführte Möglichkeit der extramuralen Unterbringung (sei es in geschützten Wohngemeinschaften, sei es in Heimen) ist langfristig unvergleichlich weniger kostenintensiv als eine jahre-, wenn nicht gar lebenslange "Verwahrung" in einer Großklinik.

Im übrigen ergab die Kosten-Nutzen-Analyse, daß sich die Bedingungen jener verschlechtern, die nicht mehr - weil nicht mehr arbeitsfähig - als förderungswürdig betrachtet werden (ROMEY 1982, 24 bei BRADL 1983, 21).

Diese Probleme zur dezentralisierten Versorgung haben auch in der Bundestagsenquête "Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD und zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung" ihren Niederschlag gefunden. In dieser Enquête ist besonders das Problem der angemessenen Versorgung langfristig psychisch Kranker und scheinbar klinikbedürftiger Kranker angesprochen. Aufgrund der umfangreichen Materialsammlung, die dieser Enquête zugrunde liegt, ergibt sich gerade in diesem Punkt eine weiterhin klärungsbedürftige Fragestellung. Das Problem ist doppelter Natur: Auf der einen Seite geht es um die Gefahr der sozialen Abwertung chronisch psychisch Kranker; auf der anderen Seite geht es darum, zwischen "psychiatrisch" chronisch Kranken und den chronisch psychisch Kranken zu differenzieren, die eines langfristigen Krankenhausaufenthaltes nicht bedürfen.

Kernpunkt der gesamten Psychiatriereform ist das Problem der Versorgung chronisch psychisch Kranker. Die Forderung für diese Behindertengruppe zweckdienliche Strategien zu entwickeln, ist bis heute nicht erfüllt. Es besteht nach wie vor die bewußte oder unbewußte Tendenz, diese Gruppe und ihre Probleme zu vernachlässigen oder sogar zu ignorieren.

Die aus der praktischen Tätigkeit heraus angeregte Untersuchung soll zur Differenzierung des Problems beitragen und damit Grundlagen schaffen für künftige Überlegungen und Planungen im Bereich der Rehabilitation chronisch psychisch Kranker.

Einleitung

Die vorliegende Arbeit hatte als Ausgangspunkt - rein historisch gesehen - die Verlegung einer Patientengruppe von einer Großklinik in eine kleinere Klinikeinheit im Rahmen von Dezentralisierungsbemühungen. Hierbei wies im Laufe des Verlegungsjahres 1969 die Großklinik eine Bettenzahl von 2300 und die kleinere Klinikabteilung eine Bettenzahl von 140 (zum Zeitpunkt der Spätkatamnese - 1979 - 350 Betten) auf. Trotz des bemerkenswerten Umstandes der fast gleichzeitigen (im Zeitraum vom 15.07. - 24.11.1969) Verlegung von 80 hinsichtlich des Krankheitsbildes im wesentlichen heterogenen, nur im Punkte der vermuteten Chronizität homogenen Patienten, wird mit dieser Arbeit nicht der Versuch unternommen, die Konzeption der kleineren Klinikeinheit gegen die der Großklinik zu verteidigen und dies aus dem Krankheitsverlauf der untersuchten Fälle zu belegen. Es galt vielmehr, die vorgefundene Patientengruppe hinsichtlich des individuellen Krankheitsverlaufes bezüglich psychosozialer und rehabilitativer Aspekte zu untersuchen, ohne dabei die Untersuchende selbst unter einen gewissen Erfolgsdruck zu setzen, eine These anhand einer ausgewählten Gruppe zu bestätigen oder zu widerlegen. Natürlich wird diese wichtige Frage, ob die große Verwahranstalt oder die kleinere flexiblere "therapeutische Einheit" für die rehabilitativen Chancen des einzelnen Patienten günstiger ist, auch in dieser Arbeit berührt.

Schwerpunkte der Untersuchung ergaben sich insbesondere aus der Fragestellung, welche Korrelationen zwischen dem individuellen Eingebundensein im sozialen Umfeld und dem konkreten Krankheitsverlauf festgestellt werden können. Dabei spielt die Tatsache eine nicht unerhebliche Rolle, daß in Berlin aufgrund der Wanderbewegung durch den letzten Krieg vermutlich mehr Patienten, die ursprünglich aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten stammen, anzutreffen sind, als durchschnittlich im übrigen Bundesgebiet. In diesem Zusammenhang soll auf die Frage eingegangen werden, ob und in welchem Umfange Maßnahmen im Sinne der italienischen Psychiatriereform erfolgversprechend gewesen wären, d.h. inwieweit überhaupt die Auflösung von Verwahranstalten per saldo sinnvoll erscheint.

Im übrigen würde es den Rahmen der Einleitung sprengen, wenn weitere einzelne Fragestellungen der Zielsetzung bereits hier angeführt würden. Es ging in dieser Studie insbesondere darum, Einzelschicksale - wenn möglich - sowohl psychodynamisch als auch in ihrer sozialen Dimension zu verstehen. Das Vorgehen dieser Arbeit ist nicht an den logischen Empirismus angelehnt und läßt viele aktuelle empirische Trends unberücksichtigt. So kann es z.B. durchaus sein, daß der Begriff "Faktor" verwendet wird, ohne dabei faktorenanalytisch zu denken. Die Arbeit hält sich vielmehr an einen hermeneutisch-phänomenologischen Sprachgebrauch und Herangehensweise; d.h. es finden statt:

- eine Konzentration auf das Einzelschicksal und seine Biographie;
- eine phänomenale Erfassung des ganzheitlichen Störungssystems bei dem Chronisch-Psychisch Kranken - unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytischen Schau.

Die Aufbereitung von Daten geschieht vorwiegend unter qualitativen Gesichtspunkten mit dem Ziel, dem individuellen Verlauf, der sozialen Lage usw. gerecht zu werden; nämlich:

gemäß

- der Form der Institution
- dem Wandel der Institution
- dem Wandel der Familienstruktur
- dem ideologischen Wertewandel auch unter Berücksichtigung der Kriegsereignisse
- der Migrationstatbestände
- der Entwurzelungsproblematik

u.a.

Aus all diesen Gründen muß die Arbeit etwas umfangreicher werden: dem Anspruch qualitativer Darstellung gerecht zu werden, macht notwendig, den Verlauf der Schicksale ausführlich darzustellen und nur im dringend notwendigen Ausnahmefall zu kürzen.

Hier möchte die Verfasserin eine persönliche Bemerkung anschließen. In der Psychologie haben 1 bis 2 Jahrzehnte Umgang mit empiristischen Methoden einen zugegebenermaßen zwar überprüfbaren, relativ exakten,

aber doch unübersehbaren Datenberg mit sehr schmaler Sichtbreite in der Einzelaussage geliefert. Um nicht eine weitere Einzeluntersuchung von fraglicher Relevanz mit hohem Exaktheitsgrad der Daten hinzuzufügen, habe ich mich bewußt einer heute weniger verbreiteten Dokumentationsmethode mit dem von mir in den letzten Jahren so schmerzlich vermißten gründlich aufbereiteten Verlaufscharakter entschieden.

Dazu sollten über einen möglichst weiten Zeitraum alle relevanten Daten zum Krankheitsverlauf einmal durch eine Frühkatamnese, die auch die ätiologischen und genetischen Daten explorierte, und den Zeitraum vor und um das Jahr 1969 erfaßte, zum anderen durch eine Spätkatamnese, die 10 Jahre später erhoben wurde, möglichst detailliert erfaßt werden. Das halbstrukturierte Interview der Spätkatamnese versucht u.a. Auskunft über die subjektive Befindlichkeit der in Institutionen verbliebenen Patienten zu geben, insbesondere aber Aussagen zu machen über das Schicksal und den weiteren Lebensweg der Entlassenen.

Die Untersuchende konnte in beiden klinischen Einrichtungen, sei es als studentische Praktikantin, sei es als klinische Psychologin, über einen Zeitraum von insgesamt 2 Jahren eigene Erfahrungen sammeln. Einige Patienten der ausgewählten Gruppe wurden so von der Untersuchenden selbst betreut.

I Irren ist menschlich

1. Historischer Oberblick: über die Versorgung psychisch Kranker

In einer kompendienhaften Kürze kann der Wandel der Anschauungen innerhalb der Psychiatrie kaum dargestellt werden, da er auf einem ideen- und problemgeschichtlichen Hintergrund erfolgen sollte (bändefüllend!), um dem besonderen Verhältnis von Natur und Geistes- bzw. Sozialwissenschaften gerecht zu werden, die die heutige Psychiatrie geprägt haben: Es handelt sich bei der Psychiatriegeschichte vielmehr um eine Sozialgeschichte, die an anderem Ort ausführlich beschrieben worden ist (ACKERKNECHT 1967; DÖRNER 1975).

Neben diesem geschichtlichen Abriß der Versorgung psychisch Kranker soll - auch zum besseren Verständnis ihrer besonderen Situation - die Geschichte dieser bestimmten Gruppe, die Lebensbedingungenm, z. B. die Wanderbewegungen, Berlin-Krisen usw., zu dieser historischen Zeit, denen die 80 Patienten ausgesetzt waren und die die Einzelschicksale dieser chronisch psychisch Kranken mitbestimmt haben, im Anhang kurz umschrieben werden.

Ich beziehe mich zunächst bei meinen psychiatrie-historischen Ausführungen in mehreren Abschnitten u.a. auf den übersichtlichen historischen Abriß in der Enquête der Bundesregierung zur Lage der Psychiatrie.

In der Palette von psychiatrischen Theorien, Therapiemethoden und den psychiatrischen Einrichtungen einschließlich der baulichen Konzeption kommt die Einstellung der jeweiligen Gesellschaft gegenüber "dem Irren" - dem Geistesgestörten - zum Ausdruck, die häufig durch sehr tiefe Widersprüche gekennzeichnet war (ACKERKNECHT 1967, 21).

Nach FOUCAULT (1961) zeigten die Mensche des Abendlandes vom Altertum bis etwa 1650 für die Erfahrung des Wahnsinns eine "seltsame Aufnahmebereitschaft". Die seelisch und geistig gestörten oder behinderten

Mitglieder waren noch in den Familien geduldet und versorgt oder wurden vor die Mauern der Stadt gejagt, so daß sie - trotz Ausgrenzung - noch zum vertrauten Bild einer städtischen Gemeinschaft gehörten. Das relative Zulassen des Irrationalen in der damaligen Zeit führt bei manchen Erkrankungsformen, wie Schizophrenie, insbesondere aber bei den Epileptikern dazu, sie mit heiliger Scheu zu betrachten, weil ihnen prophetische Gaben unterstellt wurden, die ihnen dann in der Zeit der Hexenverbrennung aber auch zum Verhängnis wurden, denn "mit der gottgewollten Ordnung nahm auch der Teufel seinen Einzug" (HANTEL-QUITMANN 1980, 10). Andererseits machte die mittelalterliche Medizin die psychisch Kranken zusammen mit anderen sozial Unangepaßten und Unerwünschten zum Gegenstand inquisitatorischer Untersuchung. Jedoch war ihre Zugehörigkeit zur menschlichen Gesellschaft im Mittelalter bis zur Renaissance wohl unbestritten. Die Irren waren unter den wirtschaftlichen Bedingungen des Feudalismus in den bäuerlichen und handwerklichen Familienbetrieben integriert. Die öffentliche Versorgung psychisch Kranker und Behinderter war von jeher zweigleisig: Einmal versuchte man, ihnen durch Sondermaßnahmen zu helfen, zum anderen führte das zu einer Ausgrenzung, die in der folgenden Phase wieder aufzuheben versucht wurde. Neben städtischen Einrichtungen (z.B. Unterkunft in ehemaligen Seuchenhäusern, Irrenspitälern und Irrenzellen in der Nachbarschaft von Hospitälern) wurden die Irren im Mittelalter auch in kirchlichen Einrichtungen durch barmherzige Ordensgemeinschaften versorgt. Die Struktur des klösterlichen Lebens diente der Milieugestaltung späterer psychiatrischer Einrichtungen zum Vorbild.

Im Lauf des 17. Jahrhunderts forderte der Hexenglaube immer weniger Todesopfer. "Aber kaum begann der Geisteskranke, dem Odium des Teuflischen zu entrinnen, da wurde er zum Asozialen abgestempelt und dementsprechend behandelt." (ACKERKNECHT 1967, 29).

Einhergehend mit dem Merkantilismus, dem Zeitalter des Absolutismus und dem Übergang zur kapitalistischen Produktionsweise wurde "die Unvernunft" hinter Schloß und Riegel gebracht. Infolge veränderter Produktionsweisen kamen besitz- und arbeitslose Handwerker und Kleinbauern in Massen in die Städte und stellten teilweise bis zu 30 % der Bevölkerung dar (DÖRNER 1975, 27). Das brachte erhebliche Probleme für die staatliche Ordnung, die radikal und teilweise mit sicher-

heitspolizeilichen Aktionen von der absolutistischen Staatsverwaltung durchgesetzt wurde. Mit dieser starken Ordnungsmacht wurde die Internierung von Bettlern, Kriminellen, Landstreichern, Dirnen, Geschlechtskranken, politisch Auffälligen und Armen legalisiert. Zu ihnen wurden die "armen Irren" gesperrt, von denen die Schlimmsten, nämlich die Manien, in Schaukäfigen gegen Entgelt den Bürgern öffentlich vorgeführt und als soziale Gefahr gebrandmarkt wurden. Andererseits spielten - entgegen der teilweise stark verteufelnden Meinungen mancher Autoren - beim Bau von sog. Tollhäusern auch humanitäre Motive eine große Rolle. Ein gekürztes behördliches Dokument von 1785 (HERTING bei PANSE 1964, 15 f)
gibt davon Kenntnis:

> "Diejenigen so den Gebrauch ihrer Vernunft verlieren, sind gewiß höchst zu beklagen, kommt es aber so weit, daß solche rasend werden, so ist ihr Elend kaum auszusprechen, sie sind alsdann unter den Stand der Tiere gesetzt und anderen sowohl als sich selbsten höchst gefährlich....
> Das dieses aber nicht allein hart, sondern grausam und unmenschlich ist, wird ein jeder leicht eingestehen, es gereichet also der Menschheit zur Ehre, daß in vielen Städten bessere Vorkehrungen dieserwegen gemacht worden....
> Da indessen die in dem Kommissionsdekret anbefohlene Kollekte sehr mager ausfiel, das Kasten-Amt aber nicht imstande war, Gelder herzugeben, so unterblieb die so nöthige Erbauung eines neuen Hauses. Endlich konnte man das immer höhersteigende Elend dieser Leute nicht länger ansehen, desswegen beschlossen in dem Jahr 1775 die damaligen Herren, Diputirte und Pflegere die Erbauung eines Gebäudes...."

Mit "dieser Epoche der administrativen Ausgrenzung der Unvernunft (1650 - 1800)" wurde jedoch auch das Problem des Irreseins aus dem Bewußtsein der Öffentlichkeit verdrängt (DÖRNER 1975, 27). Im Zeitalter der Vernunft war das Ir-rationale des Wahnsinns unerwünscht und bedrohlich. So mußte die Gesellschaft sich vor jene schützen, die sie an ihre "Schattenseite" erinnerten. Furcht betimmte auch viele Behandlungsformen. Die primären Bemühungen dienten der Überwältigung und Isolierung z.B. der Schizophrenen: Sie wurden in Ketten geworfen, in Zwangsjacken gesteckt oder über viele Stunden täglich in kaltes Wasser getaucht (JONAS und JONAS 1977, 47).

Die industrielle Entwicklung förderte die Kasernierung all derer, die im Arbeitsprozeß nichts zu leisten vermochten und leitete die Errichtung von Zucht-, Korrektions- und Arbeitshäusern ein, so in Hamburg 1620; 1657 wurde in Paris das Hôpital général gegründet, das ähnliche Funktionen erfüllte und die sozial Schwachen verschwinden ließen. Auch die Gründung von 126 "workhouses" für diese randständigen Gruppen in England fand zwischen Ende des 17. bis Ende des 18. Jahrhunderts statt.

Aus diesen Zucht-, Korrektions-, Arbeits- und Tollhäusern ließen sich billige Arbeitskräfte während einer Arbeitshausse requirieren. In Arbeitslosenzeiten verhinderten die Internierungen Müßiggang, Agitation und dienten dem Schutz der Gesellschaft. Die pädagogische Haltung, die die Arbeit zur moralischen Pflicht und Selbstverständlichkeit macht, stammt aus jener Zeit der "Bettlergefängnisse". Die weitere Internierung von Arbeitslosen war mit der beschleunigten industriellen Entwicklung nicht mehr notwendig. Infolge der bürgerlichen Revolution in England und Frankreich trat eine Bewußtseinsänderung ein (Epoche der Aufklärung), die die "Irren" aus ihrer Gleichstellung mit Kriminellen und anderen sozial Unangepaßten enthob. Zucht- und Tollhäuser der bisherigen Form waren unvereinbar mit der liberalen Gesinnung der Unverletzlichkeit der Menschheitsrechte. Die Tollhäuser wurden teilweise zu Spitälern oder Heilanstalten umgewandelt, in jedem Fall von den Zuchthäusern getrennt. Es fand auch ein Funktionswandel in den "workhouses" statt. In Wien wurde 1784 mit dem Zusammenschluß mehrerer karitativer Stiftungen zu einem Hauptspital zum ersten Mal der Narrenturm mit dem Allgemeinen Krankenhaus vereinigt: der Geisteskranke war so erstmals als Kranker schlechthin betrachtet. Diese Entwicklung breitete sich etwas später auch in Norddeutschland (Hamburg und Bremen) aus.

Andererseits erbrachte das Zeitalter der Aufklärung für die Situation in den Internierungsinstitutionen heute schwer verständliche pädagogische Konzepte (JETTER 1971, 115). Der Massierung an einem Ort neben der gleichzeitigen Forderung nach Zucht und Ordnung meinte man mit Hilfe repressiver Strafmaßnahmen, wie Ketten usw., entsprechen zu können. Die berühmt gewordene Befreiung der "Irren" von den Ketten in

der Bicêtre und der Salpétrière durch Pinel (1745 - 1826) erfolgte erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts. Die Anordnung von Zwangsjacken wurde jedoch durch Pinel weiter beibehalten, ebenso wurden die Kranken auch anderen autoritären Disziplinierungen unterworfen.

Neben den humanitären Absichten, die Pinel bei der Organisierung seiner Anstalten verfolgte, entdeckte er und sein ihn überragender Schüler Esquirol den Anstaltsinsassen als Forschungsobjekt. Beiden ging es nicht um Theorien und Klassifikationen, sondern um die systematische Beobachtung klinischer Tatsachen. Statistik spielte eine wichtige Rolle dabei. Esquirol (1772 - 1840) und seine Schüler untersuchten u.a. die sozialen Aspekte bezüglich angetroffener Krankheitsbilder und unterschiedlicher Krankenhausmilieus: Erhebliche Differenzen ergaben sich zwischen sozial Schwachen und begüterten Kranken im Anstaltsvergleich, z.B. der Privatkranken im Maison Belhomme (JETTER 1971, 13 ff.).

Der Einfluß der französischen Revolution auf soziale Umwälzungen wirkte zu Beginn des 19. Jahrunderts auch in den umgebildeten deutschen Staaten nach, die ihren Bürgern eine vernünftige soziale Fürsorge zukommen lassen wollten. Die humanere Pflege in der Versorgung der Irren erhöhte den Bedarf nach angemessenen Unterbringungsmöglichkeiten, der zu vielen Anstaltsgründungen führte. Mit der Säkularisierung wurden in Deutschland Klöster und Abteien frei, die zur Verfügung gestellt wurden. Es kam aber auch zu zahlreichen Anstaltsbauten. Zwischen 1800 und 1860 entstandenen insgesamt 76 psychiatrische Krankenhäuser und weitere 18 Altbauten wurden für die Pflege und die Betreuung in psychiatrische Anstalten umgewandelt, wobei diese häufig aus Kostengründen - von allen gleich weit erreichbar - inmitten des Kleinstates bzw. der Provinz situiert wurden.

Unter dem wachsenden Aufnahmedruck wurde die Kapazität der ehemaligen kleinen Anstalten erweitert, so daß es bald zu einer Überfüllung kam und die Versorgung eher kustodialen Charakter entwickelte, verknüpft mit den oben beschriebenen Zwangsmaßnahmen.

Es darf jedoch hier nicht vergessen werden, daß die Großkrankenhäuser aus überwiegend humanitären Motiven entstanden, um die Lage der psychisch Kranken zu verbessern, die sonst in den Armengettos der beginnenden Industriegesellschaft dahinkümmerten. Viele der damaligen Krankenhäuser hatten zunächst nach heutigen sozial-psychiatrischen Vorstellungen einen hohen Standard, der bis heute nicht wieder erreicht worden ist (COOPER und KUNZE 1980, 237).

Der rasche Ausbau psychiatrischer Einrichtungen hatte noch einen anderen Hintergrund: Ende des 18. Jahrhunderts bis zur ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden neue psychiatrische Behandlungsmethoden, die des "moral treatments" mit entsprechenden Wurzeln aus den pietistischen und pädagogischen Ideen der damaligen Zeit entwickelt, die den Patienten mehr Bewegungsfreiheit verschaffen sollten, nicht zuletzt, um ihr Verhalten in einem weiter gesteckten Handlungsrahmen wissenschaftlicher Beobachtungen zugänglich zu machen. - Aus England kam ein weiterer wichtiger Beitrag in Form des "no-restraint" Systems, deren Vertreter auch die Zwangsjacken abzuschaffen versuchten (ACKERKNECHT 1967, 52).

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts kam es hauptsächlich aus ökonomischen Gründen zu einer stärkeren Entflechtung der in den Anstalten sich häufenden Heilbaren und der Pflegefälle. In die neugegründeten Anstalten wurden zunächst ausnahmslos die Akutkranken aufgenommen. Um ein günstiges Heilklima für diese zu schaffen, schien es erforderlich, die Unheilbaren auszugliedern, die dann in Pflegeanstalten einfachsten Stils überwiesen wurden. In dieser speziellen Trennung innerhalb der Versorgung von akut- und chronisch Kranken "liegt eine frühe Wurzel für die Abwertung der chronisch Kranken" (Enquête 1976, 59). Daran und auch an der häufig unzureichenden Versorgung hat sich auch später wenig geändert. Aus medizinisch-unhaltbaren - aber primär volkswirtschaftlichen Gründen - konnte der Typ der getrennten Heil- und Pflegeanstalt nicht aufrecht erhalten werden. Die Heilanstalten füllten sich mit Kranken, deren chronischer Verlauf, insbesondere durch hohe Verweilzeiträume gekennzeichnet waren. Bis 1840 setzte sich in den meisten Provinzen die gemischte Heil- und Pflegeanstalt durch, wobei das Problem einer angemessenen Versorgung der chronischen Patienten ungelöst blieb.

In Deutschland entwickelten sich in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zwischen psychologischer und somatischer Orientierung zwei Schulen: Die "Psychiker" - romantisch idealistische Naturphilosophen - die von einer reinen Erkrankung der körperlichen Seele ausgingen und die "Somatiker", den Anstaltspsychiatern, die die Psychosen als "Körperkrankheiten mit seelischer Symptomatik" betrachteten und die Vertreter der neuen naturwissenschaftlichen Konzeption darstellten. Aber

"Somatiker und Psychiker waren im Grunde genommen gleich spekulativ und steril. Es wäre ungerecht, die Wurzeln des Psychismus nur im Zeitgeist zu suchen. Zum Teil erklärt er sich aus der Impotenz des Somatismus" (ACKERKNECHT 1967, 61).

Die vermittelnde Theorie (GROOS) ging davon aus, daß das Wesen der Störung "psychisch-somatischer Natur sey" (SPOERRI 1975, 237).

Die Vorkämpfer der Liberalisierung ermöglichten während der Blütezeit der Anstaltspsychiatrie[1] die Abschaffung von Zwangsmaßnahmen und moralischen Repressalien. Mechanische Anwendung (Drehstuhl), Ekel- und Schmerztherapie, kalte Duschen gab es bis in die Mitte des Jahrhunderts. - Die Bewegungsfreiheit der Kranken wurde erhöht, Besuche von Angehörigen auf den "geheimnisumwitterten" Krankenabteilungen wurden erlaubt. Damals wurde den meisten Anstalten auch landwirtschaftliche Kolonien angegliedert, die den Patienten bessere Unterbringung und mehr Autonomie boten. Außerdem bekam die Familienpflege, die die jahrundertealte Tradition der holländischen Ortschaft Gheel zum Vorbild hatte, einen zunehmenden Stellenwert in der Versorgung chronisch psychisch Kranker.

---

1) Gleichzeitig mit dem raschen Aufschwung der industriellen Revolution, mit der eine größere Anzahl von Fabrikeröffnungen in den 30-er Jahren des 19. Jahrhunderts einhergingen, wurden die meisten Irrenanstalten erstellt

Diese früheste Form der bekanntgewordenen so organisierten "Gemeindepsychiatrie", die chronisch Kranke integriert, sollen auf den Kult der heiligen Dympna um 1250 zurückgehen, die die Schutzpatronin für geistig und seelisch Behinderte und Kranke ist und zu der die so Leidenden mit ihren Familien pilgerten. Die Kirche bat um Unterkunft für die Hilfesuchenden. Von diesen wiederum äußerten manche Kranke oder deren Familien den Wunsch, in Gheel bleiben zu dürfen. Die chronisch Kranken verblieben in den Gastfamilien, wobei der finanzielle Aspekt, der auch weiterhin entscheidender Faktor dieser Art von Versorgung ist, die gesamte Geschichte dieser "gemeindeintegrierten" Psychiatrie durchläuft. Insbesondere ab dem 17. Jahrhundert wurden arme Kranke nach Gheel geschickt, denn es war billiger für sie, im Dorf eine Unterkunft zu finden, als sie in einer Institution unterzubringen. So schickte Brüssel 1803, als die Aufwendungen der Stadt verringert werden sollten, mehr als 100 Patienten nach Gheel. Auch andere Wohlfahrtseinrichtungen verhielten sich entsprechend. Zu Beginn lebten 200 Patienten als "Gäste" in Gheel, heute befinden sich mehr als 1.300 unter den 30.000 Einwohnern (ROOSENS 1979, 25 ff.; Übersetzung der Referentin).

Trotz dieser allgemein verbesserten Ausgangslage nahmen die psychisch Gestörten eine Sonderstellung insofern ein, als sie mit körperlich Kranken nicht gleichgestellt wurden.

Was nun das Wesen der psychischen Erkrankungen ausmacht, wurde in jener Zeit breit diskutiert, wobei sich die Ansicht, daß es sich um körperliche Erkrankungen handelt (damals waren bis zu 30 % der Psychiatriefälle Gehirnerkrankungen: Paralysen, Lues usw.) letztendlich durchsetzte.

Nach dem Grundsatz, daß Geisteskranke Kranke mit "lokalisierbaren Gehirnkrankheiten" sind bei starker Betonung der pathologischen Anatomie (KIND 1965, 189), was für damalige Verhältnisse fortschrittlich gedacht war, entwickelte GRIESINGER (1817 - 1868) seine Reformkonzepte für eine bis zum heutigen Tag aktuell gebliebene Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung.

Er empfahl eine Institution, das sogenannte Stadtasyl, das neben akut Erkrankten auch chronisch Kranke bei vorübergehender Verschlimmerung der Symptome Aufnahme gewähren sollte. Diese Stadtasyle sollten Teil eines Allgemeinkrankenhauses sein und dadurch völlig mit anderen Kliniken gleichgestellt sein. Die Vorteile des Stadtasyls sah Griesinger darin, daß der behandelnde Arzt sowohl Familie als auch

Lebensumstände des Patienten persönlich kennenlernen sollte (weiterhin ein psychiatrisches Wunschdenken!), um sich ein eigenes Urteil über die Notwendigkeit einer Klinikeinweisung zu bilden. Die Dauer des Aufenthalts müßte auf ein Jahr begrenzt sein. Darüber hinaus sollte die Nähe der Freunde und Familie die Möglichkeit zu häufigen Besuchen und die Beurlaubung nach Hause neben einer nachsorgenden Fürsorge konsequentes therapeutisches Handeln schaffen. Der Kranke könnte - wenn möglich - zu Hause arbeiten und auch dort behandelt werden. Griesingers Begriff vom "transitorischen Aufenthalt" nahm viele sozial-psychiatrische Ideen einer gemeindenahen Versorgung, einer Familientherapie und auch die Versorgungstypen der Tages- und Nachtklinik vorweg (HANTEL-QUITMAN 1980, 32).

Griesingers Vorstellungen zielten so auf die fördernde Einbeziehung der Umgebung ab, ebensoviel lag ihm an einer besseren Differenzierung und Abstufung der Einrichtungen, um kasernenähnliche Anhäufung zu verhindern und durch freiere Bewegung dem Patienten seine eigene Individualität zu erhalten.

Als engagierter Vertreter des "no-restraint"-Prinzips schaffte er - als er Mitte der 60-er Jahre des vergangenen Jahrhunderts die Berliner Irrenanstalt übernahm - mit seiner ersten Amtshandlung die physischen Zwangsmaßnahmen ab.

Neben seiner These: "Geisteskrankheiten sind lokalisierbare Gehirnkrankheiten", interessierte GRIESINGER vor allen Dingen

"die Erfahrung, daß die sozial (nach Klasse und Beruf) Niedrigeren, die Ungebildeten und die Armen eher dem Irresein verfallen. Daraus schließt er - Virchow entsprechend - daß namentlich der Hunger, die Armut, das Elend der Massen in den Städten, als Folge davon der Alkohol, sowie die mangelnde Bildung der Intelligenz, der Hemmungs- und Kritikfähigkeit (also der Kraft zur Negation) zum Irresein disponieren." (GRIESINGER 1868 bei DÖRNER 1975, 328)

Mithin räumte auch GRIESINGER (1861) ein, daß psychische Ursachen die "häufigste und ergiebigste Quelle des Irreseins" (KIND 1965, 189) darstelle.

Im Verlauf wurden jedoch Stadtasyle nur vereinzelt gegründet. Die 1880 fast überall eingerichteten neuropsychiatrischen Universitäten übernahmen neben dem Unterricht auch die Versorgung der akut psychisch Erkrankten. - Die Trennung der Universitätspsychiatrie von der Anstaltspsychiatrie erbrachte eine Trennung der Versorgungsbereiche für akut und chronisch Kranke, was sich für die beiden Versorgungsformen

als nachteilig herausstellte. Insbesondere verschwand mit der Versorgung von nur akut Erkrankten ein wichtiger Forschungsgegenstand, nämlich das "breite Spektrum" der chronisch Kranken aus dem universitären Studieninteresse (ENQUÊTE 1976, 61). Der Anstaltspsychiatrie wiederum fehlten notwendige Impulse aus der Forschung. Darüber hinaus erfuhr sie wegen der latenten Ablehnung der Chroniker in der Öffentlichkeit auch von behördlicher und staatlicher Seite wenig Förderung.

Mit dem naturwissenschaftlichen Krankheitskonzept konnten Störungen, bei denen nicht-organische Ursachen nachweisbar waren, wie abnorme Persönlichkeitsentwicklung, Erlebnisreaktion oder neurasthenische Beschwerden schwer erklärbar gemacht werden. Um die Jahrhundertwende entdeckte Sigmund Freud, daß diesen Störungen eine primär seelische Verursachung zu Grunde liegt: In der Folge einer spezifischen Verarbeitsungsweise von verdrängten, traumatisch sich auswirkenden Erlebnisketten, die teilweise bis in die frühe Kindheit zurückreichen, entfalten diese unter dem Druck von aktuellen Konflikten ihre pathogene Wirksamkeit. Damit wurde der kranke Mensch selbst mit seinem subjektiven Erleben, seinem Verhalten und seinen mitmenschlichen Konflikten in den Mittelpunkt der Betrachtung des Forschungsinteresses und der therapeutischen Bemühungen gestellt. Die psychoanalytische Behandlungstechnik läuft darauf hinaus, dem Kranken die unbewußten Hintergründe seines Krankseins und seines Handelns, auch in der Beziehung zum Psychotherapeuten, verstehbar zu machen und mit Hilfe dieser Einsicht dem Patienten weniger konfliktträchtiges Erleben und Verhalten zu ermöglichen.

Die traditionell naturwissenschaftlich ausgerichtete Medizin tut sich jedoch bis auf wenige Bereiche noch heute schwer, dieses neue Krankheitsverständnis zu akzeptieren, obwohl sich bald die Erkenntnis durchsetzte, daß selbst bei einer Reihe von körperlichen Erkrankungen seelische Konflikte psychodynamisch wirksam sind. - Diese Beobachtungen und Erkenntnisse setzten wichtige Impulse und führten zur Entwicklung der psychosomatischen Medizin.

Nach dem Niedergang der deutschsprachigen Psychoanalyse infolge der Nazizeit (viele bedeutende Analytiker waren nach USA abgewandet und

beeinflußten dort die psychodynamische Psychiatrie) und nach einer Phase psychoanalytischer Enthaltsamkeit der Psychiatrie nach dem zweiten Weltkrieg hatte die Psychoanalyse zunächst einen schweren Stand und mußte ihre Weiterbildung außerhalb des Medizinstudiums und der universitären Ausbildung organisieren. Durch viele Jahrzehnte hindurch beeinflußten sich so Psychotherapie und Psychiatrie recht wenig. Inzwischen bewegen sich beide Bereiche wieder aufeinander zu, so daß nun auch innerhalb der Psychiatrie psychodynamische Erkenntnisse bezüglich krankhaften inter- und intrapsychischer Konflikte therapeutisch verwertet werden (ENQUÊTE 1976, 64).

Verfolgen wir noch einmal die Entwicklung der praktischen Psychiatrie, so läßt sich feststellen, daß sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts wichtige Impulse durch die Anstaltsspsychiatrie erfuhr. Die systematisch entwickelte Aktivierung der chronisch Kranken durch die Organisation von Beschäftigung und nutzbringender Arbeit in Form der Arbeitstherapie wurde zur erfolgreichen therapeutischen Maßnahme. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde dieses Rehabilitationsangebot ergänzt durch die Beschäftigungstherapie, die durch die künstlerische Produktion auf vermehrtes Selbstvertrauen, Initiative und Kontaktfähigkeit abzielte.

Die Außenfürsorge wurde entwickelt, wobei einmal die Anstalt, zum anderen das Gesundheitsamt Träger blieb, das die entsprechende Betreuung übernahm. Dies ermöglichte Krisenintervention und verhinderte zu Teilen Erstaufnahmen oder Wiederaufnahmen (ENQUÊTE 1976, 61). - Eine Erweiterung der ambulanten Versorgung psychisch, auch chronisch Kranker ergab sich durch die Nervenärzte, die sich vermehrt nach dem Zweiten Weltkrieg niederließen. Neben medikamentöser Therapie ergänzen sie durch vorwiegend pragmatisch-therapeutische Methoden (Hypnose, Entspannung, autogenes Training usw.) das Behandlungsspektrum für psychisch Kranke. Abhängig vom Weiterbildungsstand des jeweiligen Facharztes werden neben Gesprächstherapie zum Teil auch tiefenpsychologisch orientierte Therapien durchgeführt.

Die Krankenhauspsychiatrie, die vor einem Jahrhundert ein bedeutsamer Fortschritt zur Humanität darstellte, konnte nach dem zweiten Welt-

krieg kaum mehr als vorbildhaft betrachtet werden. Schon seit der Jahrhundertwende hielt der Neubau psychiatrischer Anstalten nicht mehr Schritt mit dem Bevölkerungszuwachs. Infolge der wirtschaftlichen Not nach zwei Weltkriegen und nach der fatalen Vernachlässigung während der Nazizeit waren die Häuser in mangelhaftem Zustand, wobei die hinzugekommenen Erweiterungsbauten die Undurchlässigkeit der Großkrankenhäuser verschärfte. Die Zahl der Aufnahmen hatte sich in den ersten zwei Jahrzehnten nach dem zweiten Weltkrieg vervierfacht. Hierdurch wurde eine katastrophale Überbelegung der Abteilung verursacht, die jegliche sozialrehabilitative Aktivität auf den Krankenstationen verhinderte. Gekoppelt mit dem vielerorts herrschenden Personalmangel führte diese Entwicklung insbesondere für die chronisch Kranken zu menschenunwürdigen Lebensbedingungen (ENQUÊTE 1976, 62).

Mit dem Neuroleptikum Chlorpromazin u.a. setzt die neue Ära der Pharmakotherapie auch die durchschnittliche Verweildauer in den psychiatrischen Krankenhäusern herab. Neben der Zahl der Entlassungen stiegen allerdings auch die Aufnahmeraten, so daß sich neben der 60 - 70 %-igen Population von chronisch Kranken in psychiatrischen Krankenhäusern ein rascher Durchgang von Akutkranken ergab. - Maßnahmen, die den Patienten zu mehr Eigenständigkeit und Kooperation anregen sollen, wurden zumeist erst durch den Einsatz von Psychopharmaka ermöglicht.

Die theoretischen Wurzeln der Sozialpsychiatrie reichen mehr als 100 Jahre zurück, als sozialwissenschaftliche Konzepte (s.auch GRIESINGER) psychiatrisches Denken zu beeinflussen begannen. Welche Bedeutung soziale Faktoren auf psychische Krankheiten haben, zeigt VOSS 1913 in seiner Literaturübersicht der frühen Arbeiten zu diesem Bedingungsfeld. Das wachsende Interesse an den sozialen Faktoren führte zu empirischen Forschungen wie FARIS und DUNHAM (1939), aber auch zu Integrationsversuchen von psychodynamischen und soziologischen Theorien wie in den Schriften einiger Neoanalytiker.

In den 60-er Jahren setzte in der Bundesrepublik Deutschland eine engagierte Reformbewegung bezüglich der psychiatrischen Krankenversorgung ein (HÄFNER et al 1965, 1). Die Verantwortung der Gesellschaft

für ihre psychisch Kranken werden im ersten Heft zur Sozialpsychiatrie angedeutet:

"Soziologische und therapeutische Wandlungen ermöglichen jetzt Rehabilitation und gesellschaftliche Wiedereingliederung auch bei chronisch Kranken, die früher als aussichtslos galten ..." (V. BAEYER 1966, 7 bei COOPER und KUNZE 1980, 227).

Die in England erprobten sozial-theerapeutischen Verfahren wurden jedoch erst relativ spät in den Versorgungseinrichtungen psychisch Kranker der BRD eingesetzt. Die deutsche Psychiatrie hatte sich nach den einschneidenden Verlusten zahlreicher ihrer maßgeblichen Köpfe als Folge der Naziherrschaft erst spät erholt. Die Vernichtung von 100.000 psychiatrischen Patienten unter dem Stichwort "lebensunwertes Leben" blieb zunächst als Makel der Psychiatrie haften (COOPER und KUNZE 1980, 226).

Mit den sozial-psychiatrischen Erkenntnissen und Ideen verbunden ist auch die gemeindenahe Psychiatrie, die dazu führen sollte, Patienten nicht mehr von ihrer normalen sozialen Umgebung zu isolieren, um den Hospitalisierungsschäden, die die Patienten früh invalidierten, entgegenzuwirken. Eine gemeindenahe Betreuung muß, will sie wirksam sein - ein Netz vielfältiger Dienste, wie Vorsorge, Übergangs- und Nachsorgeeinrichtungen anbieten, um die Belastungen der Familie zu verringern.

Auch die Verhaltenstherapie fand inzwischen Zugang zur Psychiatrie. Die lernpsychologischen Verfahren erweisen sich insbesondere günstig bei Programmen in sozial-therapeutisch ausgerichteten Einrichtungen, in denen ein schrittweises Wieder-Erlernen von einfachen - bis hin zu komplexeren Selbstversorgungsmaßnahmen - für eine Rehabilitation, speziell auch bei chronisch Kranken, erforderlich sind.

Nach der ursprünglichen Verzögerung erlebte die deutsche Sozialpsychiatrie bald schnellen Aufschwung. Ende der 60-er Jahre entwickelten sich aus einem spontanen Engagement des sog. "Mannheimer Kreises" die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie, die sich

bemüht, mit allen an einer sozialen Psychiatrie interessierten Tätigen eine einheitliche Linie zu entwickeln. - Politiker und Fachkräfte schlossen sich zur "Aktion psychisch Kranke" zusammen, um der Reformbewegung ein politisches Sprungbrett zu bieten (COOPER und KUNZE 1980, 227).

Der psychisch Kranke wird nun verstärkt auf dem Hintergrund seines sozialen und ökonomischen Bezugsfeldes gesehen. Das Interesse an Zusammenhängen bezüglich Merkmalen wie Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, Arbeits- und Wohnsituation usw. gewinnt immer mehr an Bedeutung und ließ bislang eine gute Zusammenarbeit zwischen Fachbereichen der Psychotherapie/Psychosomatik auf der einen Seite und Soziologie und Sozialmedizin auf der anderen Seite entstehen (ENQUÊTE 1976, 65). - Die Polarisierung der unterschiedlichen Krankheitskonzepte, die ja auch die psychosoziale Versorgung mitbestimmt, besteht allerdings weiterhin.

Die Ziele eines Funktionswandels des psychiatrischen Krankenhauses der Zukunft stellt die WHO 1978 in einem zusammenfassenden Bericht wie folgt dar: Das psychiatrische Krankenhaus habe in der Übergangsperiode eine neue Rolle im Gesundheitssystem zu spielen. So soll eine Normalisierung des Krankenhausmilieus die viel aktivere Entwicklung von Rehabilitationsdiensten angestrebt und die Entwicklung einer Betreuungsform, die eher Wohnheim- als Krankenhauscharakter hat, für jene Patienten gefördert werden, deren psychische Krankheit zu den langdauernden und schweren Behinderungen zählen.

Inzwischen habe sich das psychiatrische Versorgungssystem in einigen europäischen Ländern so weit entwickelt, daß

"die Schließung einiger psychiatrischer Krankenhäuser eine nicht mehr allzu entfernte Möglichkeit geworden ist. In anderen verlangsamen diesen Wandlungsprozeß finanzielle Hindernisse, professioneller Konservatismus, öffentliche Widerstände und bürokratische Rigidität." (WHO 1978, 217)

Bei der Schließung der psychiatrischen Anstalten ist Italien der Vorreiter.

Die für diese Arbeit wichtigen historischen Daten der italienischen Reformbewegung am Beispiel Triests sind in Kapitel II.1.3 zu finden.

Der Wandel, der sich innerhalb der psychiatrischen Einrichtungen und deren Dezentralisierung innerhalb Berlins Ende der 60-er Jahre vollzog, führte zur Eröffnung der kleineren Klinikeinheit, die dann die Verlegung dieser Kohorte ermöglichte, um noch vorhandene rehabilitative Chancen wahrzunehmen. - In welcher Weise eine veränderte Personalausstattung und im Verlauf gewonnene Erkenntnisse weitere rehabilitative Schritte provozieren, wird im Rahmen dieser Studie (in Kapitel III.10.2.1 und 10.2.2) eingehend erörtert.

Ein Nachtrag nun nach Abschluß der Studie mag insofern interessant sein, als etwa seit Mitte 1980 (also ein Jahr nach dem Stichtag) Bundesmittel für das Langfrist-Therapie-Programm der kleineren Klinikeinheit gewährt worden sind, so daß inzwischen eine wesentliche Verbesserung der Situation auf den chronischen Abteilungen eingetreten ist, die zu weiteren Entlassungen, z.B. in geschützte Milieus, führten, von denen allerdings nur wenige der 17 aus der Kohorte auf Station verbliebenen Patienten profitieren konnten.

Wenn man mit einem nervenkranken Patienten zu tun hat, sollte man seine Erkrankung nurmehr als eine Episode betrachten. So ist es im Fall der Chorea nur notwendig nachzufragen, wie lange sie schon existiert. Der Zustand des Patienten ist nur ein Zufall der Erkrankung, ebenso wie wir nur ein Zufall in der Menschheitsgeschichte sind.

De l'expectation en médicine
Jean Martin Charcot
185 - 1893

2. Literaturübersicht

Aus der Fülle der möglichen Betrachtungsweisen wurden für die Literaturübersicht im Rahmen dieser sozialrehabilitativen Verlaufsstudie folgende Schwerpunkte ausgewählt, wobei die nun hier vorgenommene Trennung der Bereiche in der bearbeiteten Literatur in dieser Eindeutigkeit nicht vorliegt:

1. zur institutionellen oder alternativen Versorgung
2. zur Chronizität bzw. Chronifizierung
3. zur Verlaufsforschung insbesondere der schizophrenen Erkrankungen
4. zur sozialen Ätiologie

Da in den laufenden Kapiteln fortführend nationale und internationale Untersuchungen zitiert und Vergleiche gezogen werden, mag die Beschränkung auf einige wenige Autoren an diesem Punkt genügen. Zum Ausgleich dafür sollen jedoch einige - zur Sache und für diese Arbeit wichtigen - Forschungsergebnisse etwas ausführlicher dargestellt werden.

Die Beschäftigung mit der Literatur dient so im wesentlichen der Sichtung unter Einbeziehung der gewonnenen Ergebnisse - z.B. als Vergleichsdaten mangels eigener Kontrollgruppe - in diese Untersuchung. Es würde aber den Rahmen dieser Arbeit sprengen, in eine Auseinandersetzung mit den methodologischen bzw. wissenschaftstheoretischen Ansatzpunkten der vielfältigen Arbeiten einzutreten.

2.1 Zur institutionellen oder alternativen Versorgung

Bezogen auf die historische Vergangenheit haben wir gesehen, daß die Asylierung und Isolierung der "armen Irren" sowohl humanitäre als auch sozialpolitische Gründe hatte, ebenso der jüngere Versuch, diese "Ärmsten der Ärmsten" einem menschenwürdigen Leben wieder zuzuführen.

Noch in der 4. Auflage seines Lehrbuches hebt KRAEPELIN (1921) hervor, wie die große Masse der sich in Irrenanstalten anhäufenden Kranken der dementia praecox angehört, deren klinisches Bild - so KRAEPELIN - primär durch einen weitgehenden Verfall der seelischen Persönlichkeit zu charakterisieren ist und mit überwiegenden Gemüts- und Willensstörungen einhergeht. Dabei wich KRAEPLIN nicht von der Auffassung einer organischen Hirnkrankheit.

Bezüglich des Verlaufsgeschehens und dessen Einflußnahme betont KRAEPELIN in der 8. Auflage seines Lehrbuches (1927), wie unzweifelhaft erwiesen es ist, daß eine Geistesstörung sich um so günstiger gestaltet, je früher die Verbringung in eine Anstalt stattfindet: nach damaligen Erkenntnissen und Gesichtspunkten offensichtlich die einzig mögliche Auffassung.

Andererseits tritt auch KRAEPELIN für eine - für damalige Verhältnisse - fortschrittliche Versorgung der chronisch Kranken ein: das Offen-Tür-System, das vor allen Dingen dann eine günstige Wirkung zeitigt, wenn die Zahl der chronisch Kranken in einer Anstalt größer ist, da sie ruhiger und gleichmäßiger in ihrem Verhalten sind, "freilich auch schwachsinniger" (S. 652). Um der drohenden Gefahr des weiteren geistigen Verfalls zu entgehen, erweist sich nichts als günstiger als die Freiheit, da das montone Anstaltsleben einer fortschreitenden Verblödung Vorschub leistet. KRAEPELIN beschreibt hier unbenannt das Hospitalismussyndrom. Er fordert Betätigung in Landwirtschaftskolonien, eine Versorgung im Rahmen der Familienpflege usw. und hebt hier die sich so eindeutig von der früheren Behandlung der chronisch Kranken unterscheidende menschliche psychiatrische Versorgung hervor.

Inzwischen läßt sich ganz allgemein ein noch tiefergehenderer Wandel sowohl in der Einstellung gegenüber menschlichem Leiden als auch in den wissenschaftlichen Erkenntnissen darüber feststellen.

Erwähnenswerterweise jedoch stellte E. BLEULER (1905) bei JASPERS (1973) bereits fest, daß frühe Entlassungen bei Schizophrenen sich überraschend günstig auswirken können, d.h. daß, wenn sie in ihr soziales Bedingungsfeld zurückkehrten, sie dort remittiert weiterleben konnten.

Daß bei chronischen Zuständen durch Milieueinfluß dem Kranken von seinem seelischen Leben noch viel zu retten ist, beschreibt bereits der frühe JASPERS (1913 in 1973, S. 700). Die Betätigung der übriggebliebenen seelischen Funktionen verhindert nicht nur "schwerste Demenzzustände und raubtierartige Veränderungen", sondern ermöglichen diesen Kranken mit ihren - für das soziale Leben - sonst unbrauchbaren Krankheitsendzuständen ein erträgliches und nützliches Dasein. In diesem Zusammenhang wird der Arbeit eine ganz hervorragende Bedeutung beigemessen, u.a. werden Landwirtschaftskolonien gegründet. In diesen können sich die Kranken innerhalb der gesetzten seelischen Grenzen, so JASPERS, relativ normal bewegen, so daß es nicht mehr zu den extremen Zuständen kommt, die der Laienbeobachter als Wahnsinn betrachtet.

Neben dem Arbeitseinsatz wurde schon früh die Art der Unterkunft der Patienten als wichtiges rehabilitatives Kriterium betrachtet und der "Napoleon der Psychiatrie"[1] in Frankreich - PARCHAPPE als Inspecteur général du service des aliénés - forderte bereits 1853 im Zusammenhang mit der Reorganisation der psychiatrischen Institutionen in Frankreich in seinem Werk (Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asyles d'aliénés - zitiert nach BOUQUEREL (1956) kleine Institutionen von 200 bis 400 Betten und weitere Einrichtungen, die dazu beitragen sollten, Verhaltensstörungen zu verhindern und sie nicht zu verewigen. Darüber hinaus fordert er weniger Zellen, dafür

---

1) Zitiert nach VERMOREL, H. und MEYLAN, A. (1969)

kleine Schlafsäle, Aufenthalts- und Arbeitsräume. Ebenso wie der Engländer CONNOLLY (1847) schon plädierte, soll jeder Patient ein individuell eingerichtetes Zimmer haben, in dem er die Möglichkeit hat, seine persönlichen Sachen in eigenen Möbeln, Schränken und Kommoden unterzubringen.

Das GRIESINGER in Deutschland sich im vergangenen Jahrhundert schon stark für eine humanere Versorgung der psychisch Kranken engagierte, wurde oben (in I.1.1 Historischer Überblick über die Versorgung psychisch Kranker) beschrieben. Sein Entwurf jedoch der Versorgung in den sogenannten Stadtasylen blieb Utopie.

Eine kürzliche Bestandsaufnahme psychiatrischer Institutionen, ihre Grenzen und ihre Möglichkeiten vollzieht MÜLLER (1981), wobei er zu dem Schluß kommt, daß psychische Erkrankungen nicht ausrottbar sind, sie zum Menschsein als solchem gehören. So hält er ein Plädoyer für das psychiatrische Krankenhaus, dessen Stunde noch nicht geschlagen habe, sondern vielmehr diejenige der gemeindefernen Institutionen, die sich an einzelnen Patientengruppen orientieren. Neben der multifaktoriellen Betrachtungsweise der Genese von psychischen Krankheiten und einer differenzierten Sicht unterschiedlicher Verhaltensstörungen fordert er abschließend auch eine Vielfalt in der individuellen und kollektiven Betreuung und eine Vielfalt in der Gestaltung der zukünftigen Institutionen.

Wann die Idee zum ersten Mal entstanden ist, ein Allgemeinkrankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung auszustatten, ist in der zugänglichen Literatur nicht ersichtlich. Einer der ersten geschaffenen psychiatrischen Abteilungen an einem Allgemeinen Krankenhaus - letztlich eine Rückkehr zu ganz alten Verhältnissen, denn schon im 18. Jahrhundert waren Tobsüchtige, allerdings wenig versorgt, in Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern untergebracht - war wohl - nach MÜLLER - diejenige von Burnley bei Manchester, die Mitte der 50-er Jahre geschaffen wurden. Diese bahnbrechende Tendenz in England der letzten 2 Jahrzehnte wird in Deutschland, abgesehen von den Universitätskliniken, nur sehr zögernd übernommen.

Über die Nützlichkeit bzw. die Effizienz der psychiatrischen Abteilung im Allgemeinen Krankenhaus versus derjenigen des psychiatrischen Krankenhauses gibt es keine eindeutigen Untersuchungsergebnisse. Dennoch muß eine derartige Lösung vorab aus psychologischen Überlegungen - so MÜLLER 1981 - anerkannt werden, jedoch stellt sie in keinem Fall eine Alternative zum psychiatrischen Krankenhaus mit seinen andersgearteten Therapieprinzipien dar.

Mit einer verbesserten Integration der Psychiatrie in die Medizin, ihrer Klinifizierung geht nach KUNZE 1977, 83 ff., ein großes Problem einher, nämlich, daß die sozialen Funktionen der bisherigen Anstalten durch die Möglichkeiten der anderen Einrichtungen in nicht ausreichendem Maße ersetzt werden können und die Reform zu Lasten der psychiatrischen und sozial Schwerstbehinderten geht. Anhand eines Vergleiches der schon weiter zurückliegenden Tendenzen in England und USA verdeutlicht KUNZE wie zwar in England die Verantwortung für die chronisch psychisch Kranken offiziell den Sozialdiensten übertragen wurden (in denen auch noch Psychiater als Experten tätig sind), um eine Beschleunigung der Integration der Psychiatrie in das Allgemeine Krankenhaus zu erreichen. Eine weiterhin offene Frage jedoch bleibt, in welcher Weise diese Entwicklung für die chronisch psychisch Kranken von Vorteil sein wird.

In USA hingegen ist ein spürbarer Rückzug aus der Verantwortung zu verzeichnen. Die Hospitalismus-Diskussion hatte Anfang der 60-er Jahre zu einem tiefgreifenden Pessimismus hinsichtlich therapeutischer und rehabilitativer Möglichkeiten der Großkrankenhäuser geführt, so daß 1963 Kennedy ein Gesetz (Mental-Health Act) zur völligen Neuordnung des Versorgungssystems verabschiedete, um durch Community-Mental-Health-Center-Programme (gemeindenahe Psychiatrie) die alten State-Mental-Hospitals aufzulösen. Im Verlauf verschwand ein Großteil der chronisch psychisch Kranken aus dem Gesichtskreis der Psychiatrie, in dem sie in ebenso hospitalismus-fördernde Wohn- und Pflegeheime oder Elendsquartiere entlassen wurden.

KUNZE befürchtet, daß neben dem Fortschritt der Klinifizierung der Anstaltspsychiatrie mangels genügend nachsorgender Dienste sich der

Kreis für einen wesentlichen Teil der Patienten schließt, indem sie in den Armenghettos untergehen wie vor Errichtung der Heil- und Pflegeanstalten.

SCULL (1977) hält in seinem polemischen Buch die Deinstitutionalisierung von England und USA für verantwortungslos. Dies sei eine Politik der "Nicht-Intervention" und werde zum letzten Glied der Ausgrenzung der rehabilitativ Bedürftigen.

KEUPP et al. (1977) wenden die Scullsche Perspektive auf die Psychiatriereform in der BRD an und kommen zu dem Schluß, daß auch nach der Psychiatrie-Enquête keine Großkrankenhäuser schließen und daß die darin von oben auf den Weg gebrachte Reform in Anpassung an sozialpsychiatrische internationale Standards als effektivste und ökonomischste Versorgungsform letztlich nurmehr eine "Metamorphose sozialer Kontrollmodalitäten" darstellt. Darin ist die Hospitalisierung zwar weiterhin das Zentrum psychiatrischer Versorgung, aber eingebettet in ein dichtes psycho-soziales Infra-Strukturnetz innerhalb der Gemeinden, die die Hospitalisierung und kostenaufwendigen psychotherapeutischen Interventionen wenn nicht verhindern, so doch auf ein Mindestmaß eindämmen. So betrachten die Autoren sehr kritisch die Versorgungskonzeption der Gemeindepsychiatrie, die die Grenzen der ökonomischen Leistungsbereitschaft des Staates aufzeigt. - Die lang erwartete Stellungnahme der Bundesregierung zur Enquête zementiert - so die Autoren - Positionen, indem sie an einem eindeutig medizinischen Krankheitsbegriff festhalte und an die Selbstverantwortlichkeit derjenigen appelliere, die an den Widersprüchen der gleichgültigen Umwelt gescheitert sind. Die Ausgrenzungsstrategie der totalen Institution setze sich in der Abschiebung bestimmter Patientengruppen, so der chronischen Patienten, der Alterspatienten oder geistig Behinderten in das diffuse Dunkel des privat organisierten Heimsektors fort, und werde auch noch als Entwicklung gutgeheißen und gefördert. Dabei entziehe sich der private Markt einer öffentlichen Kontrolle fast vollständig. - Hier geraten die Autoren in eine Zwickmühle. Zu niedriges oder zu hohes soziales Kontrollniveau scheint in jedem Falle unverträglich. Beiderlei führt ja zu raschem physischen und psychischen Verfall: die totale Versorgung oder die Entsorgung, die SCULL "Decarceration"

nennt. Die Reformfolgen weisen darauf hin, daß zwar psychiatrische Landeskrankenhäuser entflochten, verkleinert, ausgedünnt werden können, andererseits sie aber ersetzt, ergänzt und mit Versorgungsketten versehen werden müssen. Eine derartige organisatorische Umschichtung senkt zwar die Kosten der Verwahrung, aber verwaltet die Betroffenen mehr als daß sich ihre menschliche Lage wirklich verbessern würde.

Auch HEINRICH und MÜLLER 1977, 578, sehen in der Entflechtung der Landeskrankenhäuser eine Gefahr. Nach ihrer Einschätzung allerdings "degenerieren die Landeskrankenhäuser zu Deponien", die die sozial Schwächsten beherbergen und verwalten. Die Autoren sehen die Psychiatriereform nur dann gelingen, wenn die Reform der psychiatrischen Landeskrankenhäuser vollzogen wird. Die "Deponiefunktion" der Krankenhäuser mit obligatorischer Regionalversorgung wird am Beispiel des Raumes Düsseldorf anhand einer Stichprobe von 5.085 Patienten aufgezeigt. Jeweils 2 von 3 zu hospitalisierten Patienten wurden im Düsseldorfer Landeskrankenhaus untergebracht. Die 3 anderen untersuchten psychiatrischen Kliniken der Region vermochten keine flächendeckende Versorgung zu leisten. Im Landeskrankenhaus Düsseldorf war eine Häufung von Unterschichtangehörigen und Medikamenten- und Alkoholabhängigen anzutreffen. Diese sozial diskriminierten Patientengruppen nehmen auf der Erwünschtheitsskala der Krankenhäuser einen unteren Platz ein. In ihren Thesen bezüglich den Zielen der Reform in den nächsten Jahren fordern HEINRICH und MÜLLER 1977, 585 auch angesichts der Knappheit der Mittel eine Sanierung der Anstalten, d.h. nicht ein Ersetzen "der veralteten Bausubstanz durch neue Bettenburgen", es sollen vielmehr:

a) die Versorgungslasten in proportionaler Weise verteilt werden,
b) bereits bestehende psychiatrische Institutionen zur obligatorischen Regionalversorgung ohne Selektionsmöglichkeit herangezogen werden,
c) die Ungleichverteilung bei der Zusammensetzung der Klientel der verschiedenen Krankenhäuser nach sozialer Schichtung aufgehoben werden,
d) die gemeindenahen komplementären Einrichtungen durch und um die klinischen Institutionen ausgebaut werden.

Von einer wahrhaft alternativen Versorgung, nämlich der Behandlung im eigenen Heim, die schon seit 1956 in Helsinki/Finnland existiert, berichten NISKANEN und PIKHANEN (1971). Der außerhalb klinisch institutionellem Rahmens durchgeführten Behandlung sind ein Psychiater, sechs Krankenschwestern und vier Haushaltshilfen zugeordnet. Die Behandlung erfolgt regelmäßig über wöchentliche oder 14-tägige Besuche zu Hause. Außerdem soll ein Home-treatment-Zentrum 2-4-wöchentlich während der Dienstzeit des Psychiaters aufgesucht werden.

102 psychotische Patienten (schizophrene und paranoide Psychosen), die so zu Hause betreut wurden, wurden mit einer Kontrollgruppe von 102 in der Klinik behandelten Patienten verglichen. Die zu Hause betreute Gruppe unterschied sich zwar nicht hinsichtlich der Diagnose, des Alters, des Geschlechts und der Symptomdauer von der Kontrollgruppe, wies jedoch mehr alleinstehende Personen auf, nämlich 42 (41 %) versus 27 (26 %). Außerdem sind die zu Hause betreuten Patienten 354 Tage und die Klinikpatienten nur 216 Tage vor dem Zeitpunkt der Erhebung behandelt worden. - 82 zu Hause betreute Patienten wurden mit Neuroleptika behandelt und nur 55 der Klinikpatienten. Arbeit im beschützten Milieu wurde in keiner der beiden Gruppen angeboten. Nur 2 Patienten der 'home-treatment'-Gruppe und keiner der Klinikgruppe suchte das Zentrum für 'home-treatment' auf.

Das Ziel der Studie von NISKANEN und PIHKANEN betraf die Bewertung des "home-treatment"-Programmes im Licht der klinischen Gesundung, der Anpassung an die Gemeinde, der beruflichen Wiedereingliederung und der Kosten, die für die Gemeinde entstanden. Die Ergebnisse sind überraschend günstig:

- Psychiatrische Behandlung im eigenen Heim: scheint definitiv positiv die klinische Remission der Pat. zu beeinflussen und die soziale Remission bezüglich beruflicher Wiedereingliederung so gut wie nicht zu behindern;
- hält wirksam die Patienten außerhalb der Klinik (weniger Wiederaufnahmen als in der Klinikgruppe);
- ist grob 3 mal so günstig bezüglich der anfallenden Kosten.

Von FAKRUDDIN et al. (1972) wurden 508 überlebende chronische Patienten (unterschiedlicher Diagnosen) aus einer Gruppe von 1000 Patienten, die im Rahmen der kanadischen Deinstitutionalisierung aus dem Saskatschewan-Hospital/Whyburn zwischen 1963 bis 1965 entlassen worden waren, 5 Jahre später interviewt und ihre Möglichkeiten draußen zu leben bewertet. Dazu wurden auch noch Verwandte und entsprechende Bezugspersonen befragt. Die 5-jährige Katamnese ergab für diese Patientengruppe, deren durchschnittliche Verweildauer 21 Jahre betrug, daß die Fähigkeit, draußen zu leben, ähnlich der eines erstmalig Hospitalisierten (7,8) war. Allerdings erwiesen sich die ersten 12 Monate nach Entlassung als die kritischste Periode für die Wiedereingliederung in die Gemeinde. So hatten über die Hälfte der Patienten Wiederaufnahmen, aber auch die Wiederaufnahmezeiten waren kurz.

Von den ehemals Entlassenen waren 127 verstorben. Darunter befanden sich 105, die über 65 Jahre alt waren. 2 Patienten im mittleren Alter von 78 Jahren verunglückten, die restlichen Patienten starben eines natürlichen Todes. Keiner der Patienten beging Suizid.

Nach Ansicht der Autoren können chronische Patienten sehr wohl in der Gemeinde leben, ohne daß es für diese oder für die Familie zu belastend wäre. Dies setzt allerdings voraus, daß eine gut erreichbare nachsorgende Behandlung angeboten wird. Dies war bei 80 % der vorliegenden Patientengruppe der Fall, die eine weitergehende Betreuung durch die lokale Nervenklinik erhielten.

2.2 Zur Chronizität bzw. Chronifizierung

Auf der Jahresversammlung der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie 1979 in Montreux brachte der thematische Schwerpunkt "Chronizität: Schicksal oder Artefakt?" u.a. Beiträge von MIEVILLE, BLEULER u. SCHINDLER (1980).

Chronizität ist nicht nur ein Phänomen aus dem pathologischen Bereich, sondern ist auch in anderen Lebensbereichen anzutreffen (z.B. im Vorgang des Alterns). - Der Klinikchef und Präsident der schweizerischen

psychiatrischen Gesellschaft MIEVILLE (1980) erinnert uns daran, daß das griechische Wort Chronos (Zeit) uns an den Fluß der Zeit gemahnt. Unter dieser Betrachtungsweise ermöglicht eine Gegenüberstellung der akuten mit der chronischen Erkrankung keinen neuen Zugang zum Chronizitätsproblem. MIEVILLE versucht in seinem Aufsatz vor allen Dingen auch das Erleben des Patienten mit einzubeziehen. Nicht die Patienten fühlen sich "chronisch" krank, sondern wir entscheiden darüber, ob ein Erkrankter zu der Gruppe der Chronischen gehört oder nicht. Die Patienten haben eine andere Wahrnehmung vom zeitlichen Ablauf ihres Lebens, haben ihre Vergangenheit dem Vergessen anheim gestellt und weisen ihrer Zukunft keine Rolle mehr zu. Jedoch bedeutet die lange krankhafte chronische Entwicklung für den Betroffenen - so MIEVILLE - eine "grundlegende Abhängigkeit, einen Bruch in seinem persönlichen Sein, die Gewißheit eines veränderten Lebensverlaufes, ein Verzicht auf das Sich-Wünschen überhaupt" (S. 242).

Als chronifizierende Faktoren betrachtet der Verfasser vorrangig den Einfluß des Milieus und den des therapeutisch Betreuenden:

- So tragen soziale Strukuren (Spitalstrukturen; paternalistische Sozialarbeit) dazu bei, daß sich der Patient in diese krankmachenden Abhängigkeiten fallen läßt.

- Die Neuroleptika, die den Patienten helfen, ruhigzustellen, stehen insofern auch im Dienste der Chronifizierung, da sie den zwar schwierigen, aber lebendigen Prozeß zwischen Patient und Betreuer lähmen.

- Ein weiterer - leider immer noch unterschätzter (Anmerkung der Referentin) - "nicht-wissenschaftlicher" chronifizierender Faktor ist die Arzt/Patient-Beziehung. Hier spielen gewisse Widerstände in der therapeutischen Beziehung eine krankmachende Rolle. Durch die Chronizität der Erkrankung erfährt der Arzt auch seine eigenen therapeutischen Grenzen, andererseits kommt es oft zu unerwarteten Entlassungen, wenn ein neuer Arzt die Chroniker-Station übernimmt, weil der Blick noch offen ist für die verbliebenen Möglichkeiten des Patienten, oder weil er aufgrund z.B. einer ähnlich gelagerten Lebensgeschichte diesen Patienten besser versteht als der Vorbehandler.

Unter diesen Aspekten - so schließt der Autor - sind chronifizierende Strukturen neu zu überdenken, um den Chronischkranken mehr eigene Entscheidungsmöglichkeiten einzuräumen, und zu seiner Freiheit von Abhängigkeiten beizutragen.

BLEULER, M. (1980) befaßt sich mit dem Wesen der chronifizierten Psychosen. Auch er bespricht neben äußeren Umständen die zu Chronifizierung führen, auch das innere Geschehen im Patienten. - Chronifizierende Faktoren sind nicht nur Ergebnis von hospitalismusfördernden Strukturen, die den Patienten zur Inaktivität und Isolierung verdammen, sondern können auch auf andere Einflüsse, z.B. aus der persönlichen Problematik des Kranken und dessen nahestehenden Beziehungspersonen herrühren. - Ohne sie verkennen zu wollen, relativiert der Autor die Gefahr des Hospitalismus insofern, als er darauf hinweist, daß es in allen Zeiten in allen Ländern auch chronisch Schizophrene gibt, ohne daß diese vormals hospitalisiert waren. Andererseits verhindert die klinische Behandlung oft auch eine Chronifizierung der Psychose, die im anderen Fall außerhalb der Klinik einen chronischen Verlauf genommen hätte. - Als weiteres Ergebnis der Familienforschung erwähnt BLEULER, daß Elendsverhältnisse in der Kindheit mit präpsychotisch schizoidem Wesen signifikant korrelieren und schizoides Wesen wiederum zu chronischem Verlauf prädisponieren.

BLEULER betont, wie die schizophrene Entwicklung in jenen intellektuell-geistig-seelischen Bereichen erfolgt, in der die körperliche Grundlagenforschung nicht einzudringen vermag. Er warnt deshalb vor zu großen Hoffnungen bezüglich Neuentdeckungen in der Physiologie und der Hirnphysiologie. Bislang ist nur ein Fehlen körperlicher Ursachen festzustellen, auch wenn angeborene Entwicklungsbereitschaften eine Rolle spielen. Umwelteinflüsse, insbesondere die der Nahestehenden, sind genetisch bedeutsame Größen. Der Schizophrene verliert sich im Teufelskreis der Disharmonie des inneren Wesens und der Disharmonie der Umwelteinflüsse.

BLEULER erhellt das Phänomen der Chronifizierung, indem er zu verstehen versucht, was der chronisch Erkrankte erlebt: er kämpft um den Ausgleich einer inneren und äußeren Welt, es kommt zu einem Anpassungsversuch an die Wirklichkeit und an die autistische Welt, in der sich der an unerträglichen Spannungen Leidende zurückzieht. Wenn das Gleichgewicht hergestellt ist (d.h. keine akute Erregung und Spannung), ist der Zustand als chronifiziert zu betrachten.

In den chronischen Zuständen geht die strukturelle Einheit der Person verloren, viele Lebensbelange werden autistisch von der Umwelt abgeriegelt. Jeder chronisch Schizophrene hat jedoch seine spezifische Art der Öffnung, die ihn für Einflüsse von außen zugänglich macht. Auch in dem chronifizierten Patienten ist das innere Leben noch nicht versteinert. Er ringt immer wieder erneut um ein inneres Gleichgewicht, dabei geht noch viel Farbiges und Persönliches vor. Die Persönlichkeit entwickelt sich weiter: mal zum Guten (Spätremissionen), mal zum Tragischen (Suizide sind in chronischen Stadien nicht selten). - BLEULER schließt seinen Aufsatz mit der Bemerkung, daß es in der Behandlung von chronisch Schizophrenen darum geht herauszufinden, was für den Einzelnen am besten ist und ihn bei seiner persönlichen Entwicklung bescheiden zu begleiten.

SCHINDLER (1980) betrachtet die Chronizität von Erkrankten unter dem Gesichtspunkt der Interaktion im medizinischen Behandlungssystem. Dabei wirft er die Frage auf, warum sich der Patient mit dem chronischen Syndrom des Anpassungsvorteils, der ihm die interaktionelle Bestätigung gibt, beraubt.

So neigt - nach Ansicht des Autors - das Ablaufgeschehen der Schizophrenie zur Chronizität, indem sich - nach Abklingen des produktiven Prozeßgeschehens - neue verkürzte Interaktionskreise (verkürzt sind diese gleichermaßen beim alternden Menschen) im konfliktfreien Bereich wieder aufbauen, jedoch mit starrem Vorherrschen eines Persönlichkeitszuges. - Therapie wiederum hat die Tendenz, beim Patienten rasch eine Stabilisierung und damit Chronizität zu stiften, denn sie löst die Angst und Spannungen, die die akute Krise kennzeichnet. So befinden sich mehr Patienten in oberflächlicher Psychotherapie, die zur Stabilisierung beiträgt. Dabei bleibt die Interaktionsbreite schmal und monoton, wobei gerade in der therapeutischen Beziehung eine sublime interaktionelle Bestätigung gefunden wird.

Nach SCHINDLER stelle sich zwar die Chronizität heute im ganzen deutlich günstiger dar, andererseits habe sie quantitativ zugenommen. Die Frage: 'Wie vermeiden wir Chronizität?' sei insofern falsch gestellt, als sie eine unvermeidbare Wirkung der Interaktion mit dem medizi-

nischen Behandlungssystems sei, deren Rehabilitationsbemühungen darauf angelegt seien, Krankheitsverläufe eher zu stabilisieren.

Zu dem Behandlungsvorgehen der Medizin - schließt SCHINDLER sardonisch - gehöre, daß sie Gesundheit nicht zu definieren vermöge, da sie diese als das Negativ der behandelten Krankheit begreife. Chronizität, die der expansiven Kraft des Lebens entgegensteht, bleibe als Wirkung nur aus, wo der Patient und sein Milieu als gemeinsame Leistung das Gefühl für Krankheit aufgebe und sich erneut dem dynamischen aber auch aggressiven Reiz sozialer Wertungen und kritischer Urteile stelle. Deshalb müsse auch von dem Patienten seine Chronizität, die seinem (und nicht dem unseren) Lebenslauf angepaßt sei, gefunden werden.

Bei den Überlegungen, wie man der Chronifizierung einer Krise vorbeugen kann, gewichtet HAFNER (1975) die sozialen Chronifizierungsfaktoren, die persönlichkeitsabhängig sind:

- So wird ein sozialer Krankheitsgewinn demjenigen zuteil, dessen Anerkennung als Patient, die Patientenrolle, Statuswünsche, z.B. nach klarer Identität und sozialer Integration befriedigt, die er in seinem "gesunden" Leben nicht erfahren hat.

- Die Chronifizierung als Anpassungsstrategie betrifft das Vermeiden von Angstsituationen in einer Angstkrise.

- Die Chronifizierung tritt als Folge von sozio-kulturellen Konditionierungen auf (z.B. Alkohol- und Drogenkonsum in abweichender Subkultur) und dient dem Individuum als Problemlösungsversuch.

2.3 Zur Verlaufsforschung insbesondere der schizophrenen Erkrankungen

KRAEPELIN (1927), der vehemente Vertreter der Idee, der KAHLBAUMschen Konzeption der Krankheitseinheit, blieb trotz feinsinniger psychologischer Erörterungen in seinem Lehrbuch von seiner Grundvorstellung her ein betont Somatisch-Denkender. Von einer heutigen Betrachtungsweise aus gesehen, mag sein größtes Verdienst darin liegen, daß er die Verlaufsforschung von seelisch kranken Menschen begründete.

Nach SCHMIDT (1978, 91) ist wegen vorwiegend methodischer Probleme die Verlaufsbetrachtung von Störungen in der klinischen Psychologie "relativ wenig ausgeprägt".

Betrachten wir nun doch den klinisch-psychologischen Forschungsansatz, so profitieren seine Methoden sowohl aus den unterschiedlichen psychologischen Grundlagendisziplinen als auch aus der (dynamischen) USA-Psychiatrie und Psychoanalyse andererseits (SCHRAML 1972, 148). Der klinisch-psychologische Forschungsansatz kann so allseitig befruchtend wirken, denn gerade die beiden letztgenannten Bereiche - so vergleicht BACH (1980) - erweisen häufig wenig Einblick in die Forschungsmethoden der jeweiligen anderen Disziplin: weder weiß z.B. der Psychoanalytiker allzu viel von psychiatrischer Verlaufsforschung, noch hat generell der Psychiater das notwendige "Know-How", um z.B. zu den unbewußten Prozessen seiner Patienten Zugang zu finden oder die lebensgeschichtlichen Daten differential-diagnostisch zu verwerten. Eine gegenseitige Verständigung dieser beiden Disziplinen betrachtet BACH (1980) als unbedingt hilfreich für beide.

Nach Sichtung der neueren Literatur wird deutlich, daß das Thema des in der Literatur so beschriebenen "harten Kerns" von chronischen Patienten, die infolge der Schwere ihrer Erkrankung primärer und sekundärer Behinderung nicht in eine ambulante Situation entlassen werden können, nach Öffnung der Großkliniken aktuell wurde. Der "Mythos vom harten Kern" bildete so den Titel eines internationalen Work-shops (Oktober 1982/Wuppertal). Aus den Tagungsberichten geht hervor, daß es weiterhin im Umgang mit diesen Patienten an Behandlungsstrategien nichts gibt, was mit der Standardisierbarkeit und den Effizienzkriterien der Akut- und Mittelfristbehandlung vergleichbar wäre. Das trifft einmal den psychopharmakologischen, zum anderen den sozio- und psychotherapeutischen Bereich.

Der Appell WING's und BROWN's (1970), den Weg zwischen Scylla und Charibdis oder, wie sie es nannten, den Drahtseilakt, d.h. zwischen Über- und Unterstimulation dieser Patientengruppe im Rahmen eines Rehabilitationsprogrammes zu wagen, setzte Maßstäbe frei, sich den therapeutischen Problemen des chronisch psychotischen Personenkreises

dennoch zu nähern, und zwar, wie es WING nennt, mit dem Versuch einer optimalen sozialen Stimulation. - Diesen eher tastenden Versuchen, die schwer standardisierbar bleiben, kann nur im Rahmen klinischer Einzelfallstudien und einer Nachuntersuchung der Entlassenen, bzw. der stationär Verbliebenen Rechnung getragen werden.

Gerade die Aufnahme- und Entlassungsraten sagen wenig z. B. über das Funktionieren und die Lebensqualität der in die Gemeinden Entlassenen oder der stationär Verbliebenen aus (ROSENBLATT u. MAYER 1974, 698). Um diese zu erfassen, fordert BENNETT (1982) eine neue Art der Dokumentation, also eine explorative und qualitative Datenanalyse der Situation chronisch psychisch Kranker.

Die Prüfung der zugänglichen Literatur ergibt leider, daß für derartige inhomogene Patientengruppen kaum eine vergleichbare Verlaufsforschung betrieben wurde. Die zwei erfreulichen Ausnahmen dazu bilden im deutschen Sprachraum die schweizerischen Forschungsprogramme um CIOMPI und jene von MÜLLER.

Ein einsam herausragendes Forschungsprogramm betrifft so das Rehabilitationsprogramm von CIOMPI u. Mitarbeitern, die nach Beschreibung ihrer Konzepte und methodologischen Probleme (1977) über die Resultate der Querschnittsuntersuchung aller über ein Jahr hospitalisierten Patienten des besonders differenzierten psychiatrischen Sektors Lausanne und Umgebung berichten. - Das Hauptziel der in diesem Umfang wohl erstmaligen vergleichenden Untersuchung betraf die hierarchische Gewichtung der prädiktiven Bedeutung eines Spektrums von allgemeinen sozialen, psychopathologischen und psychodynamischen Ausgangsvariablen für den Rehabilitationserfolg. - Dabei handelt es sich bei den wenig verbliebenen Dauerpatienten vorwiegend um eine negative Auswahl von vielfältig behinderten, deren Daueraufenthalt weniger durch psychopathologische Störungen oder diagnosenspezifisch bestimmt ist, als vielmehr durch unterschiedliche soziale und situative Risikofaktoren (u.a. Beschäftigungsart, Außenkontakte, Alter, Hospitalisationsdauer). - Das 3-jährige Forschungsprogramm (1979) abschließend ist eine prospektiv-longitutionale Untersuchung, die über die prognostische Bedeutung o.g. Ausgangsvariablen für den Rehabilitationserfolg berichtet.

Neben in erster Linie sozialen Variablen (berufliche Sozialbeziehung und Erwartungshaltung von Patienten und Umgebung), in zweiter Linie mit Persönlichkeitsfaktoren (Ich-Stärke Items: "Synthetische Fähigkeiten" und "Allgemeine Kompetenz") und Faktoren, die mit motivationalen Aspekten zu tun haben (wie anfängliche Depressivität und Unzufriedenheit) hängt der Rehabilitationserfolg erst in dritter Linie von psychopathologischen und diagnostischen Kriterien ab. In der Einschätzung der Autoren scheint so der Rehabilitationserfolg vielmehr durch das gesamte "Soziale Feld" als durch die eigentliche Erkrankung bestimmt zu sein. Es soll nun kurz eine eingehendere Betrachtung der sorgfältigen Studie erfolgen.

Die schon früh als wichtigstes therapeutisches Instrument (s. I.2.1) erkannte Arbeits-/Wohnachse, die CIOMPI und Mitarbeiter (1977, 1978, 1979) in ihrem Forschungsprogramm von schwer zumeist chronisch psychisch Kranken als einziges Rehabilitationsziel definieren, bilden die Grundlage ihres pragmatischen Konzeptes. - Zur Standardisierung und Kontrolle dieser Verhaltensaspekte wurden zwei Schätzskalen ausgearbeitet, mit der das Pflegepersonal Arbeits- und Sozialverhalten beurteilen. Eine weitere Variable betraf die Ich-Stärke, deren Erfassung naturgemäß größere Schwierigkeiten bereitet. Die Ego-Strength-Rating-Scales von BELLAK et al. (1973) wurde als Grundlage für ein Ich-Stärke-Profil entwickelt, das sich auf klar erfaßbare Verhaltensdimensionen beschränkte, wobei der Hauptvorteil der BELLAKschen Skala - die hohe Konstrukvalidität bezüglich der psychoanalytischen Theorie - nicht preisgegeben wurde. - Bezüglich Geschlecht, dem Alter und Zivilstand handelte es sich bei den 40 Probanden um 21 Männer, 19 Frauen mit einem mittleren Alter von 40 Jahren (Standardabweichung von 10,4 Jahren), darunter 23 Patienten (57 %), die zwischen 40 und 59 Jahren alt waren. Auffälliges zeigt der Zivilstand: nur 2 Probanden waren verheiratet, sämtliche andere aber ledig, geschieden oder von ihren Ehegatten getrennt.

Folgende klinische Diagnosen wurden genannt: 21 (53 %) Schizophrene, in 12 Fällen (30 %) handelte es sich um psychopathologische oder neurotische Störungen mit Alkoholismus, anderen Süchten, Perversionen, Debilität; in den restlichen 7 Fällen um Epilepsie, Manisch-depressive

oder andere Psychosen. - Die Verweildauer im Spital bewegte sich zwischen minimal 1 und maximal 30 Jahren und belief sich im Mittel auf 8,5 Jahren. Die soziale und berufliche Ausgliederung lag jedoch noch länger zurück: 26 Patienten (65 %) hatten seit mehr als 5 Jahren nicht mehr in einer normalen, nicht-institutionellen Umgebung gelebt, und 28 Patienten (70 %) nicht mehr unter normalen Bedingungen gearbeitet.

Ein weiteres überprüftes Charakteristikum dieser Langzeitpatienten betraf u.a. ihre Kontakte zur Außenwelt. Am Stichtag (im November 75) hatten 13 Patienten (32 %) schon über 4 Wochen keinerlei Verbindung nach draußen, weder Besuche erhalten, noch selbst welche gemacht. 23 Patienten (57 %) hatten weniger als viermal Kontakt (über Besuche) nach draußen und nur bei 4 Patienten (10 %) schien die Außenverbindung in Folge von mehr als fünfmaligen Außenkontakten noch nicht abgerissen.

Nach dem Konzept von WING und BROWN (1970), das kritischer Überprüfung unterzogen wird, unterscheiden die Autoren (1978) zwischen primären Behinderungen (den eigentlichen psychopathologischen Störungen) und den sekundären Behinderungen, nämlich den Auswirkungen der institutionellen Verwahrung. U.a. über Zukunftspläne der Patienten und ihrer Erwartungshaltung und die des behandelnden Arztes und der Angehörigen bezüglich künftiger Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten wird eine Globalbeurteilung des Ausmaßes der Hospitalismusschäden möglich. - So zeigte knapp die Hälfte der Patienten deutliche und erhebliche sekundäre Behinderungen, die sich - neben den prämorbiden und primären Behinderungen (die nur in begrenztem Umfang ausschlaggebend waren) - als hinderlich bei einer eventuellen Wiedereingliederung erwiesen.

Die prämorbide Behinderung zeigt einen signifikanten Zusammenhang zu geringen Außenkontakten und dem Aufenthalt auf geschlossenen Abteilungen. Das Ausmaß der Primärbehinderung korreliert lose mit höherem Alter und mit größerer geographischer Distanz von Angehörigen, aber zeigt interessanterweise keine signifikante Korrelation mit der Dauer des Spitalaufenthaltes.

Es bestehen jedoch eindeutig erwartete Zusammenhänge zwischen Aufenthaltsdauer und sekundären Behinderungen (Hospitalismus-Syndrom). Eine weitere Wechselwirkung ergibt sich zwischen sekundären Behinderungen mit Variablen wie mangelnde Außenkontakte, höheres Alter, geringe Intelligenz, weibliches Geschlecht und die Art der Beschäftigung. So entdeckten die Autoren aufschlußreiche Hinweise, daß unbezahlte ergo-therapeutische Freizeitarbeit bei Dauerpatienten im Vergleich zu bezahlter Nutzarbeit eher ungünstige Auswirkungen haben und damit einen weiteren wichtigen Risikofaktor darstellt.

Vorwiegend situative und soziale Faktoren werden zu Risikofaktoren von Risikopopulationen, da sie den circulus vitiosus von Dauerinternierung, Isolation und Hospitalismus verschärfen. Nach ihren eindrücklichen Ergebnissen schließen die Autoren (1979), daß der Rehabilitationserfolg von vorwiegend chronischen, psychiatrischen Patienten in erster Linie von der Struktur des sozialen Feldes, in zweiter Linie von mehr Persönlichkeits- und motivationalen Aspekten und erst dann von Faktoren wie Alter und Geschlecht oder den klinischen Beurteilungen der psychopathologischen Störung und der Diagnose abhängen.

MÜLLER (1981)[1)] schlägt eine Brücke zwischen Verlaufsstudien und Psychogeriatrie, wobei es ihm um ein besseres Verständnis für Prognoseverlauf und Beeinflussung durch das Alter der verschiedenen psychischen Störungen geht. Erfaßt wurden 5.661 Patienten, wobei die Mehrzahl der Patienten zwischen 1910 bis 1940 zur Erstaufnahme in der psychiatrischen Universitätsklinik Lausanne gelangt waren und im Stichjahr 1963 mindestens ein Alter von 65 Jahren erreicht hatten. - Unter den 13 diagnostischen Subgruppen befanden sich 1.642 Schizophrene, 54 andere Psychotiker, 487 Oligophrene, 1.468 Alkoholiker und mehrere andere diagnostische Subgruppen. - Der katamnestische Beobachtungszeitraum scheint mit seiner Streuung von 5 bis 50 Jahren unter die längsten der Weltliteratur zu gehören. - 78,5 % dieser 5.661 Patienten sind inzwischen verstorben. Einige der Ergebnisse aus dem MÜLLERschen Untersuchungsgut stellen sich wie folgt dar:

- Die Mortalität unter ehemaligen psychiatrischen Patienten aller diagnostischen Gruppen ist größer als in der Durchschnittsbevölkerung.

Sie ist bei Frauen höher als bei Männern im Gegensatz zur Normalbevölkerung.

- Daß auch der physische Gesundheitszustand bei den Psychischkranken schlechter als in der Durchschnittsbevölkerung ist, kann aus methodischen Gründen nicht dem Alter der Patienten (als Auslösefaktor) angelastet werden.

- Das Alter übt einen lindernden Einfluß auf die psychopathologischen Symptome der Schizophrenen aus. Charakteristisch ist eine weitgehende Entspezifizierung und Verflachung neben einer allgemeinen Beruhigung und Besserungstendenz. So waren 62 % aller bei der Ersthospitalisation beobachteten Einzelsymptome verschwunden - auch auf längste Sicht verlaufen rd. 3/5 der untersuchten Schizophrenien günstig, können als geheilt oder zumindest gebessert betrachtet werden. Nahezu die Hälfte der 1.642 Schizophrenen mußte nur einmal hospitalisiert werden. Für eine günstige Prognose sind neben einer prämorbiden guten sozialen und familiären Anpassung auch eine Initialsymptomatik mit Depersonalisation und optischen Halluzination sowie ein frühes Erkrankungsalter ausschlaggebend. Von keiner prognostischen Relevanz erwies sich Intelligenzniveau oder hereditäre Belastung. Eine sogenannte Kernschizophrenie mit gleich zu Beginn der Erkrankung erkennbarem schlechten Verlauf ließ sich nicht feststellen.

- Eine günstige Entwicklung läßt sich bei gewissen Alkoholikern, die - nach jahrelangem Abusus im Alter wohl auch infolge Angst vor körperlicher Erkrankung - zu einem maßvollen Trinken gelangen, feststellen. Auch hier ist der Verlauf unabhängig von familiärer Belastung mit Alkoholismus. Die durchschnittliches soziale Anpassung verbessert sich im Alter. Schwere psycho-organische Syndrome sind bei den Überlebenden im Alter selten.

MÜLLER betont, wie die bei ersten psychiatrischen Beobachtungen und Untersuchungen gestellte Diagnose für die Prognose wenig relevant ist, d.h. nicht die initiale Symptomatologie, sondern die prämorbide Persönlichkeit und die soziale Anpassung ist für die lebenslängliche Entwicklung verantwortlich. Da es bei dem beschriebenen Ausgangsmaterial nicht um im engeren Sinn "behandelte" Patienten geht, spricht der Autor von "Spontanverläufen", die ein buntes Gemisch vieler Möglichkeiten bieten, jedoch bei einer zahlenmäßig beachtlichen Gruppe zu langjährigem Siechtum führt. - Aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse kommt MÜLLER zu dem Schluß, daß selbst dann, wenn eine 5-jährige Stabilisierung im Zustandsbild vorliege, noch lange darüber keine Aussage möglich sei, ob nicht zu einem späteren Zeitpunkt noch

bedeutende Wechsel eintreten könnten. - Gerade der Einfluß des Alters wirke sich nicht unerheblich aus: so kapselt sich der schizophrene Wahn mit den Jahren ab, der Charaktergestörte ist sozial besser angepaßt, der Alkoholiker trinkt tendenziell weniger usw. - Nicht so sehr ein vorhersagbarer Krankheitsprozeß - so folgert MÜLLER - bestimmt das Schicksal des Subjektes bis ins höhere Alter, sondern vielmehr ein unendlich vielfältiges interdependentes Geschehen zwischen Individuum und Umwelt. Aus den Untersuchungen lasse sich viel häufiger eine Milderung als eine Exazerbation beobachten. Dabei sei diese unabhängig vom Vorhandensein oder Schweregrad eines psycho-organischen Syndroms; es scheine vielmehr u.a. im Zusammenhang mit einer Abnahme der vitalen Kräfte ganz allgemein zu stehen.' - Darüber hinaus beeindruckte MÜLLER die in der Mehrzahl der diagnostischen Subgruppen augenscheinliche Korrelation mit dem körperlichen Gesundheitszustand, dem Zivilstand und der Unterbringungsart des alten Menschen.

Infolge des Fremdheitscharakters der Störung, auch des rätselhaft plötzlichen, vielen unverstehbaren Krankheits-"Einfalls" standen die schizophrenen Erkrankungen naturgemäß seit jeher im Forschungsinteresse. Der Stand der Entwicklung der Schizophrenielehre über 20 Jahre, nämlich von 1941 bis 1961, enthält eine Unzahl von gesichteten Untersuchungen internationalen Ranges zur Ätiologie der Erkrankung, ihrer Behandlung und ihrer Erfolgskontrolle (BENEDETTI et al. 1960 u. 1969). In der späteren Berichtsperiode (1956 - 1961) sind vor allen Dingen drei Haupttendenzen feststellbar:

1. Eine multifaktorielle Theorie der Schizophrenie durchzieht alle Schulen. Es werden sowohl biologisch-hereditäre Faktoren erforscht, als auch die psychogenen Teilkomponenten in Charakter, Familie und Sozietät. So wird im Rahmen einer Feldtheorie eine Wechselwirkung und eine pathologische Interaktion der verschiedenen Familienangehörigen, in die erbliche Momente hineinspielen, gesehen.

2. In deren Folge werden Ganzheitstherapien der Schizophrenie entwickelt; in Richtung einer komplexen psychologischen Bemühung um den schizophren Erkrankten erfährt die Psychotherapie eine Ergänzung in Form von Gruppentherapie, Soziotherapie, Community-Care, wobei die Wechselwirkung oder gegenseitige Verknüpfung dieser unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen untersucht werden.

3. Durch Faktorenanalysen, Rating-Skalen usw., wird jenseits der alten klassischen psychiatrischen Beobachtungsmethode versucht, zusammenhängende Variablen zu erfassen, zu quantifizieren und nachzuprüfen. Komplexere Untersuchungen begrenzter Einzelfragen stehen im Vordergrund wissenschaftlicher Bemühungen.

Anfang der 60-er Jahre wird besonderes Augenmerk auf das Hospitalismus-Syndrom gelenkt. WING und BROWN (1970) betrachten als Kernstück des Hospitalismus die allmähliche Gewöhnung an das versorgende Hospitalleben, gekoppelt mit der fortschreitenden Loslösung zu Verbindungen in der Außenwelt, so daß der so internierte Patient letztlich keinen Wunsch nach Entlassung mehr hat.

In einem - mit Hilfe standardisierter Messungen überprüften - durch dürftigste Außenreizbedingungen sich von anderen Einrichtungen dieser Art unterscheidenden englischen Hospital wurden überwiegend Schizophrene mit schwersten Defektzuständen vorgefunden. WING u. BROWN (1970) berichten, wie im Verlauf eines 8-jährigen Rehabilitationsprojektes über Maßnahmen sozialer Stimulierung eine Verringerung schwerer Beeinträchtigungen bewirkt werden konnten.

Bereits 1959 (276 ff.) beschreibt der Wiener Psychoanalytiker SCHINDLER, wie es beim sogenannten schizophrenen Defekt - der schwierig spezifizierbaren schizophrenen Wesenswandlung - trotz größter praktischer und klinischer Übereinstimmung bezüglich der Feststellung der Irreversibilität, dieses "Residualzustandes" "gar keine Übereinstimmung" gibt, sie sich mehr als eine Sache der Definition als des eigentlichen klinischen Tatbestandes darstellt. Der sogenannte Defekt kann nicht einheitlich definiert werden: die Fülle der Defektbilder reicht von sozial wenig auffälligen, leichten Persönlichkeitsveränderungen, die in Erfolgsstatistiken als Vollremission ausgezählt werden, bis hin zu jenen Zuständen, die psychopathische Ausformungen annehmen.

Bei der Nachuntersuchung von 40 remittierten Patienten, die zwischen 1929 bis 1930 (vor der Schockära) wegen Schizophrenie aufgenommen worden waren, sammelt SCHINDLER in deren Verlaufsbild sich wiederholende Erscheinungsformen:

a) die Defektbildung vollzieht sich über eine durchschnittliche Dauer zwischen einem halben bis zu 5 Jahren auf stabilem Niveau, aber über vielfältige Wandlungen, die sich als Anpassungsleistungen oder -versuche, mit Triebeinbrüchen umzugehen, psychodynamisch verstehen lassen;

b) kein einziges sogenanntes "Defektsymptom" erwies sich als durchgängig und unveränderlich. Das Wiederauftreten von schon als erloschen betrachteten Leistungsmöglichkeiten bei schwerer (körperlicher) Krankheit oder vor dem Tod sind allgemeine Erfahrungen aus der Anstaltspsychiatrie;

c) das Defektbild ist eine Erscheinung der Gesamtpersönlichkeit und zeigt fließende Übergänge zu den Erscheinungen der Persönlichkeitseigenschaften und deren abnorme Ausformungen in den Psychopathien.

Hier schlägt SCHINDLER den umfassenderen, weniger wertenden Begriff der "psychotischen Persönlichkeitswandlung" vor, der als aktive Wandlungsleistung der Persönlichkeit verstanden wird, welche durch den Einbruch triebhafter Vorstellungen notwendig geworden ist. Im Gegensatz zur neurotischen Lustbefriedigung wird in dieser psychotischen Abwandlung ein neues Verhältnis "Ich-Umwelt" hergestellt. SCHINDLER entdeckte in seinem Material viele grundsätzliche Weisen psychotischer Persönlichkeitsabwandlung, wobei die ersten beiden seiner deskriptiven Beobachtungsgabe entspringen:

- Ausgliederung als Verwerfung: gekennzeichnet durch Erregung und Hemmung mit der Tendenz, konfliktgeladene Ich-Inhalte schuldhaft als böse zu verwerfen; präsexuelle Lebenshaltungen.

- Verpuppung als Entwicklungsumkehr in Form von Regression - Introversion. Längere Entwicklung einer wachsenden Isolierung: nach anfänglich autistischer Tendenz späterer Aufbau des kokonartigen Zwischenweltbildes. Infantile Wunschbildungen, Gefühlskälte, Verschrobenheit; regressiv-euphorischer Resignationstyp. Soziale Eingliederung immer nur in Omega-Position möglich.

- Wahnfixierung als Abhebung (bekannteste Persönlichkeitsabwandlung) einhergehend mit projektiven Abwehr-Mechanismen; die zu Ich-Mechanismen werden, paralogischen Verknüpfungen, Rang- und Bezugsordnung in Ideeninhalt. Stabilisierung findet in Wahnfixierung statt.

- Verkörperung als Reduktion auf das Dasein an sich. Diese Umstrukturierungen greifen tief ins vegetative und endokrine Geschehen ein, u.a. finden neben motorischen Haltungsphänomenen (Bizarrerien, Faxensyndrome usw.) auch Veränderungserlebnisse des Körperaufbaus (z.B. abstrus anatomische Organumwandlungsgefühle) statt.

Zur psychotherapeutischen Unterstützung dieser Anpassungsversuche betrachtet SCHINDLER die Einsicht in diese Persönlichkeitsabwandlungsprozesse als äußerst bedeutsam, will man "den Defekt" nicht als rein endogenes Geschehen betrachten, dessen Ergebnis letztlich nicht mehr zu ändern ist.

In einer Nachbeobachtung, die SCHINDLER an 200 Fällen über einen Zeitraum von 3 bis 12 Jahren vollzog, konnte eine Gruppe Therapierter im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit nämlichen Indikationsvoraussetzungen, jedoch untherapiert geblieben, ein erheblich verbessertes Defektniveau, und zwar mit einem Vergleichsindex von 7,4 vorweisen. Das sich letztlich einstellende Defektbild steht also in engem Zusammenhang mit der psychodynamischen Verarbeitungsweise. Dabei wurde die psychotherapeutische Behandlung erst nach Abklingen der Prozeßphase eingeleitet.

Um die Untersuchung und Beschreibung von schizophrenen Verläufen bemühten sich im deutschsprachigen und ausländischen Schrifttum weiterhin viele Autoren. In der zurückliegenden Epoche der Schizophrenie-Forschung erstaunt jedoch ein überwiegendes Fehlen langfristiger bzw. lebenslanger Verlaufsbetrachtung mit klinisch-statistischen Vergleichsdaten, insbesondere der außerklinischen Fälle. In der jüngeren Zeit sind einige derartige langfristige Verlaufsuntersuchungen durchgeführt worden (BLEULER 1972; HINTERHUBER 1973; CIOMPI u. MÜLLER 1976; BLEULER et al. 1976; HUBER et al. 1979).

Da es sich, wie in den meisten anderen chronisch-psychiatrischen Patientenkollektiven auch in unserer vorliegenden Kohorte um eine Mehrzahl, nämlich 34 von 80 (43 %) schizophrenen Erkrankungen (jedoch 45 von 80 (56 %) insgesamt psychotischen Erkrankungen) handelt, sollen im folgenden die Ergebnisse der für diese Studie wichtigen Arbeiten zur Ätiologie und Verlauf, zu Behandlungskonzepten und Rehabilitationsprogrammen der Schizophrenen referiert werden.

Ätiologie und Verlauf

Das persönliche Schicksal steht im Brennpunkt der klinisch-statistischen Untersuchungen lebenslanger Verläufe, die HINTERHUBER (1973) von einmalig hospitalisierten Schizophrenen, die zwischen 1930 und 1940 in der psychiatrischen Klinik in Innsbruck aufgenommen worden waren, durchführte. Von den 157 gesicherten schizophren Erkrankten wurden 3 bis 4 Jahrzehnte später die lebenden 58 (36,9 %) einer sorgfältigen psychiatrischen Kontrolluntersuchung unterzogen. Von den Verstorbenen wurden über Standesämter und anderen vergleichbaren Institutionen, Pfarreien, Angehörigen, Nachbarn Informationen eingeholt, die es ermöglichten, den Lebenslauf zu rekonstruieren, um so den erreichten Endzustand einzuschätzen. - Faktoren, wie Typologie, präpsychotischer Charakter, Erkrankungsalter, hereditäre Belastung, Familienumwelt und psychotraumatische Einflüsse wurden als Variablen mit dem Geschlecht und dem Endzustand in Beziehung gesetzt. - 13 Patienten verstarben im ersten Schub, davon 3 durch Suizid, 16 wurden als Opfer der Nazi getötet; 34 Verläufe konnten in Anstalten bzw. in Heimen abgeschlossen werden, da ein Defekt Pflege erforderte. - Der Prozentsatz der "geheilten" Schizophrenen hält sich mit 29,2 im Rahmen der in der Literatur angegebenen Ergebnisse. Auffällig ist die Abnahme schwerster psychotischer Verläufe (30,5 %) zu Gunsten leichter (40,3 %). - Die eingehende Untersuchung familiärer Verhältnisse und Beziehungsmuster erbrachte einen hohen Anteil (45,6 %) von gestörten ("broken-home") Verhältnissen, die eine entsprechend pathogene Bedeutung gewannen, wobei der Tod der Mutter und eine stark belastete Familienatmosphäre, insbesondere für die weiblichen Schizophrenen, traumatisierend wirkten.

HINTERHUBER fand in seinen Verläufen große Geschwisterscharen (im Durchschnitt 5,4 Geschwister), wobei die Stellung in der Geschwisterreihe eine besondere Häufigkeit schizophrener Erkrankungen bei Erstgeborenen und jüngsten Kindern erbrachte (Wahrscheinlichkeit 0,05).

Neben anderen psychotraumatischen Erlebnissen wirkte sich insbesondere der Verlust der Heimat des Jahres 1940 aus, als die Tiroler aus ihrer Heimat südlich des Brenners vertrieben wurden. Die gerade bei diesen Patienten häufig beobachtete Paranoia ist einmal verstehbar, da diese Gruppe den härtesten Repressionen ausgesetzt war, zum anderen findet der Autor die sozio-kulturelle Erklärung darin, daß jede Minderheitsgruppe (dem Staatsvolk gegenüber) eine eigene paranoide Einstellung habe.

Bei dem häufig festgestellten Zusammentreffen von akuten Psycho-Stress-Situationen und dem Ausbruch der Psychose in diesen lebenslangen Verläufen stellt sich der Autor die Frage, inwiefern die Lebenskrise, die mangelnde Anpassung an eine veränderte Umgebung, auslösend ist für einen mißglückten archaischen Versuch, die eigene Identität zu bewahren oder ob sie bereits Ausdruck des psychotischen Erlebens ist (HINTERHUBER 1973, 542). So vermutet der Autor eine genetische Prädisposition, wobei in dieser Gruppe fast durchweg psychopathologische Auffälligkeiten in Aszendenz und Kollateralen gefunden wurden.

In der Langzeitbeobachtung einer Gruppe von Schizophrenen aus der Klinik Céry bei Lausanne setzten CIOMPI u. MÜLLER (1976) systematisch anamnestische, psychopathologische und aktuell situative Begleitfaktoren in Beziehung zu verschiedenen Partial- und Gesamtentwicklungstendenzen. Das Bild eines "globalen Gesundheitszustandes im Alter" wird über eine Analyse

1. der Langzeitentwicklung
2. dem eventuellen Auftreten eines psycho-organischen Syndroms
3. der sozialen Anpassung

erlangt. - Neben zusätzlichen Erkrankungen ist bei der Betrachtung des Lebenswegs der Schizophrenen den Autoren auffällig geworden, in welch

starkem Maße gerade Zahl und Dauer der Spitalaufenthalte, auch in vielfältigen und wandelnden Faktoren, Umständen sozialer und kultureller Art, wie Familienverhältnisse, Zivilstand, Arbeitsmöglichkeiten, Toleranz gegenüber Geisteskranken, Gesellschaftsstruktur, Spitalorganisation, Behandlungsmöglichkeiten, Organisation der ambulanten Betreuung usw. abhängen.

Die Gesamtdauer der Hospitalisation (zwischen Erstaufnahme und Nachuntersuchung) der im ganzen in der Klinik Céry verbrachten Zeit wurden berechnet und analysiert. Im Ergebnis wird eindeutig, daß Schizophrenie kein dauernd progressives Leiden bis hin zur endgültigen eigentlichen Verblödung ist, sondern daß es zwar während einiger Jahre einen Höhepunkt gibt, dann aber später häufig noch Veränderungen: So sind eher Besserungen als Verschlimmerungen im höheren Alter als Tendenz feststellbar. Im Vergleich zum Beginn der Psychose klingt die schizophrene Symptomatik häufig ab, affektive Störungen verlieren an Bedeutung. So führte bei weit über die Hälfte der Patienten die schizophrene Erkrankung keineswegs zu einer dauernden Pflegebedürftigkeit im Spital. Für ein Viertel bis ein Drittel der Patienten war jedoch der Krankheitsverlauf ausgesprochen schwer (in Gesamthospitalisationsdauer ausgedrückt). Als wichtigstes Ergebnis der Langzeitbeobachtung betrachten die Autoren die große Unterschiedlichkeit der Verläufe, dabei stellten sie zwei Extrempole der gutartigen und bösartigen Verläufe fest, wobei Zwischenformen relativ selten gefunden wurden. Im Geschlechtsvergleich bezüglich der Wiedereingliederung schneiden die Männer schlechter ab als die Frauen, wenn sie überhaupt noch hospitalisierungsbedürftig sind, dann verbringen die männlichen Schizophrenen mit zunehmendem Alter immer mehr Zeit im Hospital.

In jüngeren Jahren wiegen bei den Schizophrenen die relativ kurzen Verlaufstypen vor:

a) einfache Verläufe
b) wellenförmige Verläufe
c) a-typische Verläufe.

Daß schizophrene Erkrankungen nicht "grundsätzlich" oder "mehrheitlich" progressiv sind, bestätigen auch die gemeinsamen Ergebnisse zweier Untersuchungen von großem Erfahrungsgut (1.066 genau untersuchte Kranke), die miteinander verglichen wurden. Die beiden Untersuchungen - Ergebnisse des sogenannten Züricher Erfahrungsgut B (BLEULER, 1976) und dem Bonner Erfahrungsgut H (HUBER, GROSS u. SCHÜTTLER, 1976) erfolgten völlig unabhängig, wobei sich die theoretischen Auffassungen über das Wesen der Schizophrenie völlig unterscheiden. Einig sind die Autoren sich allerdings darüber, wann eine Schizophrenie diagnostiziert werden muß. - Die Art der Untersuchung ist bei B und H insofern unterschiedlich, als H - unter Herbeiziehung aller im Gesamtverlauf entstandenen Unterlagen - das Hauptgewicht auf eine mit größter Gründlichkeit von zumindest zwei Autoren des Teams durchgeführte persönliche einmalige Nachuntersuchungen legt. B wiederum behielt die 208 Patienten seines Züricher Kollektivs 22 Jahre dauernd im Auge. Die Autoren betrachten die Tatsache der unterschiedlichen Auffassung und der sich unterscheidenden Art und Weise der Gewinnung der Daten als besonders gewinnbringend für die Interpretation der gemeinsamen Befunde. - Allerdings lassen sich nur wenige Zahlen der beiden Arbeiten unmittelbar vergleichen, da sie nach unterschiedlichen Gesichtspunkten gesammelt worden sind. Zwischen typisch schizophrenen Defizienzpsychosen und uncharakteristischen Residualsyndromen im Sinne des reinen Defektes beurteilt H die Krankheitszustände, B bemühte sich nach der "Schwere" der Krankheitszustände zu urteilen, wobei wichtigster Maßstab die Bezogenheit zu anderen Menschen und zur Realität war.

Die Vergleichbarkeit der chronisch krankhaften Zustände in beiden Arbeiten ist nach Einschätzung der Autoren problematisch, jedoch können die Zahlen über "Heilung" oder "Vollremission" gut verglichen werden, da der Begriff darüber sich annähert. - Der Verlauf schizophrener Psychosen ist an diesen 1.066 ehemals hospitalisierten Schizophrenen (zwischen 1942 bis 1949 aufgenommen) im summarischen Vergleich gut zu schließen.

Die gemeinsamen Ergebnisse lassen sich wie folgt referieren: Auch hier zeigt sich, daß sich die Erkrankung nach dem 5. Jahr im Durchschnitt

nicht mehr verschlimmert, tendenziell sich eher verbessert. Etwa die Hälfte aller ehemaligen Patienten können nach ihrer Erkrankung wieder über lange Zeiträume ins Berufsleben zurückkehren. Über ein Viertel aller Erkrankten zeigen jedoch noch selbst nach jahrelanger Krankheitsdauer plötzliche bemerkenswerte Änderungen im Befinden. Die übrigen Patienten stabilisieren sich nach einigen Jahren, wobei ein Viertel aller Fälle als geheilt (psychopathologische Vollremission) betrachtet werden können. Akuter Beginn der Psychose ist unter allen schizophrenen Bildern häufiger als ein chronischer, wobei sich Verläufe in akuten Episoden, die sich signifikant wieder bessern oder ausheilen, häufiger als ein chronischer Verlauf ohne akut-psychotisches Geschehen ist. Etwa ein Fünftel aller Fälle mit einer oder mehreren akuten Psychosen erfährt immer wieder Heilung. Sogenannte frühere Katastrophen-Schizophrenien, d. h. akuter Beginn mit Übergang in schwere chronische Psychosen ohne Remission wurden selten festgestellt. Eine unterschiedliche Häufigkeitsverteilung von Schizophrenien in verschiedenen sozialen Klassen wurden nicht gefunden. Ein weiteres Detailergebnis beider Untersuchungsstatistiken ergab, das Verlust von nahestehenden Menschen vor und nach der Erkrankung, gestörte Beziehungen in der Ursprungsfamilie und der eigenen bei Frauen einen deutlicheren Einfluß auf den Krankheitsverlauf hat, als bei Männern und mit einer ungünstigeren Prognose korreliert ist.

Im Rahmen einer verlaufs- und sozialrehabilitativen Langzeitstudie veröffentlichen HUBER et al. (1979) Einzelbefunde zu ihrem Bonner Hauptkollektiv von 758 Kranken. Von diesen wurden zwischen 1967 bis 1973 502 Patienten vorrangig in häuslichem Milieu nachuntersucht. Im Hauptkollektiv befinden sich mit 58,4 % überwiegend Frauen. Die durchschnittliche Katamnesendauer beträgt 21,4 Jahre. Bei der Spätkatamnese haben gut die Hälfte (53 %) das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht. Es handelt sich also um eine Kohortenstudie mit relativ jungen Patienten.

Die krankheitsauslösenden Faktoren werden als unspezifische, psychische oder somatische Anlässe begriffen, wobei eine Häufigkeitsrangreihe zur Differenzierung der psychischen Belastung nach Daseinsbereichen, aus denen die Belastungen stammen, aufgestellt wird. Einer der Befunde ergibt einen deutlichen geschlechtsspezifischen Unter-

schied in der Häufigkeit des Vorkommens von erotisch auslösenden Konfliktsituationen beim weiblichen Geschlecht, berufliche beim männlichen Geschlecht. Ebenso sind Verlustsituationen als Krankheitsauslöser häufiger bei Frauen (Kriegerwitwen) als bei Mannern festgestellt worden.

Die Autoren sind vor allen Dingen an der Abklärung psychopathologischer Zustandsbilder, Prodrome, Vorpostensyndrome, charakteristische Residuen usw. interessiert. Die Lehrmeinung, Residualsyndrome bei Schizophrenien seien qualitativ eindeutig abgrenzbar gegenüber chronischen Psychosyndromen bei gesicherten Hirnkrankheiten, wird von den Autoren revidiert. Der wenig spezifische Begriff des schizophrenen Defektes wird bei der Spätkatamnese in Prägnanztypen der "reinen Potentialreduktion" und der "Strukturverformung" ausdifferenziert. Die chronischen Schizophrenien sind nach Darstellung der Autoren typisch schizophrene Defektpsychosen, wobei deren psychotische Symptomatik mit teilweise oder vollständiger psychisch-energetischer Potentialreduktion (Begriff, den CONRAD prägte) einhergeht.

Da eine nicht seltene Rückbildung typisch schizophrener Defektpsychosen auf reine Residuen (2. positiver Knick), die keine Zeichen von Strukturverformung erkennen lassen, erfolgt, betrachten die Autoren - im Gegensatz zu SCHINDLER (1959, s.o.) die Bezeichnung "Defizienz" zutreffender als den des "schizophrenen Persönlichkeitswandels". So registrieren über die Hälfte (52 %) der Patienten, deren Schizophrenie langfristig nicht völlig ausheilte, selbst weniger eine Persönlichkeitsveränderung, als eine Leistungsdefizienz. Bei den reinen Residuen bleibt zwar die Substanz der Persönlichkeit mehr oder weniger weitgehend unbehelligt, so bleiben erhalten: Fähigkeit zur kritischen Distanzierung und häufig auch Verantwortungs-, Schuld- und Geschäftsfähigkeit. Jedoch lassen Leistungs-, Arbeits- und soziale Kontaktfähigkeit nach, was bei Überlegungen zur Soziotherapie von maßgeblicher Bedeutung ist.

Zur Zeit der Spätkatamnese zeigen 73 % eine seit zumindest 5 Jahren andauernde Stabilität der psychopathologischen Remission, dabei ist naturgemäß die psychopathologische und soziale Remission bei dauer-

hospitalisierten Patienten am ungünstigsten. Die soziale Remission als Ausdruck des positiven Rehabilitationserfolges ist nicht identisch mit der psychopathologischen Vollremission, obwohl die Dauer der Stabilität der psychopathologischen und die Güte der sozialen Remission positiv korrelieren. Entscheidend für die soziale Remission ist jedoch, daß der Patient trotz seiner Krankheit seine vormaligen sozialen Fertigkeiten behält, wobei eine - auch bezogen auf die geringere Leistungsfähigkeit - realitätsangepaßte zukunftsgerichtete Tätigkeit ohne Überforderung entscheidende Hilfe leistet.

Für die Langzeitprognose hat das Erkrankungsalter keine signifikante Bedeutung (gilt auch für die Frühschizophrenie), ist aber abhängig von dem Vorkommen einiger sozialer Faktoren und Persönlichkeitsmerkmalen: wie gestörte Heimverhältnisse (insbesondere bei Frauen); prämorbide Kommunikationsstörungen (objektiv); Volksschulversagen; die bis zur Spätkatamnese ledig Gebliebenen usw.

Im Geschlechtervergleich zeigen die weiblichen Schizophrenen eine insgesamt günstigere soziale Dauerprognose, wobei sich die psychopathologische Langzeitprognose bei den Frauen günstiger, aber nicht signifikant günstiger darstellt.

Die Langzeitprognose wird nicht signifikant durch die soziale Herkunftsschicht (Eltern), bzw. höchste prämorbid erreichte soziale Schicht beeinflußt. Bis zum Beginn der Erkrankung, so die Befunde von HUBER et al. - halten sich die an Schizophrenie Erkrankten sozioökonomisch etwa auf dem Niveau der allgemeinen Bevölkerung und der Schicht ihrer Väter. Zu einer Ungleichverteilung zu Gunsten der Unterschichten mit einem Anstieg in der unteren Schicht und einer Abnahme in der unteren Mittelschicht kommt es erst zum Zeitpunkt der Spätkatamnese, was die Autoren mit der sogenannten Drifthypothese erklären: Infolge ihrer krankheitsbedingten sozialen Behinderung driften an Schizophrenie Erkrankte in ökonomisch und sozial schlechter gestellte Wohnbezirke und Arbeitsverhältnisse ab.

Diese Befunde zur sozialen Schicht bestätigen so jene von HARTMANN u. MEYER (1974) mit einer 1967 untersuchten kleineren Gruppe von Dauer-

hospitalisierten einer umfassenderen Erhebung (zwischen 1964 bis 1971) zur stationären Behandlung chronisch Schizophrener in der BRD (Niedersachsen) nicht. Hier bestand ein Überwiegen der unteren sozialen Schichten mit einer deutlichen Diskrepanz zu der sozialen Schicht des Vaters: fast ein Drittel der Patienten erreichte diese niemals. - In ganz Niedersachsen wurden 1969 3.204 daueruntergebrachte Schizophrene erfaßt, d.h., daß 34,2 % aller niedersächsischen Anstaltspatienten Schizophrene mit mindestens zweijähriger klinischer Behandlung sind. Unter den schizophrenen Dauerpatienten von 1969 befanden sich 55,4 % weibliche und 44,6 % männliche Patienten, wobei allerdings im Vergleich zwischen wieder entlassenen und dauerhospitalisierten Schizophrenen kein Hinweis für einen entscheidenden Einfluß des Geschlechts auf die Dauerhospitalisation gefunden wurde.

Neben Einfluß des (frühen) Erkrankungsalters auf die Dauerhospitalisation (keine Korrelation: jedoch vorverlegtes Erkrankungsalter und Aufnahmealter für Männer), des Familienstandes (ein Drittel der Patienten von 1969 jemals verheiratet, am Stichtag jedoch nur noch 2,6 %; anteilmäßig mehr ledige Männer als Frauen; Ledige, Geschiedene und Verwitwete überwiegen die Nicht-Wieder-Entlassenen) ergab Schulversagen und nicht abgeschlossene Berufsausbildung eine eindeutige Korrelation zu rascher Daueruntergebringung, früher Erkrankung und früher Erstaufnahme.

Mit 40 % aller Stichprobenkranken von 1964 und 1969 der Erhebung von HARTMANN u. MEYER sind die Heimatvertriebenen erheblich überrepräsentiert. - Die Besuchsfrequenz als Ausdruck der sozialen Isolierung korrelierte positiv mit den Entlassungschancen. Patienten, die Angehörige haben, werden öfter ausreichend behandelt: So wurden 30 % der Wiederentlassenen von einem Angehörigen begleitet, jedoch nur knapp 10 % der Nicht-Wiederentlassenen. Bei den schizophrenen Dauerpatienten wurde nachweislich eine fehlende Frühbehandlung (der ersten zwei Jahre) festgestellt. Mehr als die Hälfte der 5-Jahres-hospitalisierten Patienten sind überhaupt nicht behandelt worden, und nur 10 % haben eine ausreichende Behandlung erfahren. Demgegenüber sind 80 % der entlassenen Patienten ausreichend behandelt worden, wobei diese Frühbehandlung u.a. positiv mit abgeschlossener Berufsausbildung, dem Vor-

handensein von Angehörigen und dem Leben in einer Wohngemeinschaft vor der letzten Aufnahme korrelierte. Gerade dieses letzte Ergebnis und die Tatsache, daß gerade Heimatvertriebene früher und schneller dauerhospitalisiert waren als einheimische Schizophrene, gibt Aufschlüsse darüber, wie einflußreich die Größe des sozialen Netzes ist.

Behandlungskonzepte

Daß die "Heilungs"-Quote von Schizophrenen dieser Epoche infolge der modernen Behandlungsmodalitäten zwar günstiger als in den Tagen von KRAEPELIN und BLEULER (E.) liegt, jedoch immer noch relativ schlecht im Ergebnis ist, beleuchten HARROW et al. (1978) mit 79 jungen Schizophrenen (darunter 28 chronische Patienten), die sie 2,7 Jahre nach ihrer Entlassung untersuchten und sie mit 53 nicht-schizophrenen Patienten verglichen (Durchschittsalter der beiden Kontrollgruppen während Hospitalisation 23,5 Jahre, Streubreite von 17 - 34 Jahren). - Die Nachuntersuchung wurde anhand eines strukturierten Interviews, einer Batterie von Leistungs- und projektiven Tests und mehreren Fragebögen (z.B. Katz "adjustment Scales") durchgeführt. - Der Schwerpunkt der Erhebung zentrierte sich um das Niveau "of functioning". Das eigentliche Funktionieren der Patienten wurde in folgenden Bereichen überprüft und gemessen: soziale Anpassungsfähigkeit, Arbeits- und Tätigkeitsfertigkeiten, noch bestehende Symptomatik, Wiederaufnahme, Suizidrate (7 Patienten nahmen sich im Verlauf der Untersuchung das Leben).

Die Befunde fallen recht negativ aus: nur 14 bis 17 % der 79 jungen Schizophrenen, die nicht jahrelange institutionelle Karrieren vorzuweisen hatten (!), konnten ohne Rückfall gut "funktionieren". 50 % jedoch haben sich nur schlecht in den o.g. Bereichen einpassen können: im Vergleich zu den nicht-schizophrenen Patienten zeigten sie geringe Anpassungsfähigkeit bezüglich ihrer Ich-Funktion und eine hohe Symptom- und Wiederaufnahmerate. Die beiden hauptsächlichen akuten Subgruppen (affektive und akute Schizophrenie) zeigten vom Niveau ihres "Funktionieren-Könnens" bessere Raten als die paranoiden oder chronischen Schizophrenien.

Eine optimistischere Einschätzung von Behandlungsmöglichkeiten beschreibt der globalere Ansatz von CIOMPI (1981), der infolge eines multikausalen Krankheitsverständnisses alte Behandlungskonzepte kritisiert. So betont er, daß der gesamten Umgebungsgestaltung und dem Umgang mit den schizophren Erkrankten eine weit bedeutsamere Rolle als bislang vermutet, zukommt, wobei gerade deren Langzeitentwicklung vorrangig eher von sozialen Faktoren mitbestimmt ist. - Da es sich bei den Schizophrenen um verwirrte, übersensible Menschen handelt, eignet sich in der Regel das psychiatrische Krankenhaus relativ wenig zu einer optimalen therapeutischen Milieugestaltung, die durch Einfachheit, Klarheit und Übersichtlichkeit aller Verhältnisse, Verläßlichkeit und vertrauensvoller Zuwendung gekennzeichnet sein soll. Neben dem in vielen Untersuchungen abgeklärten anerkannten Stellenwert der Pharmakotherapie dienen kombinierte psychosoziale Behandlungsprogramme, die um so wirksamer sind, je klarer sie strukturiert sind (dabei Unter- bzw. Überstimulation vermeidend) der Aktivierung der Patienten mit schrittweiser Übernahme von Verantwortung (z.B. auf der Wohn- und Arbeitsachse). - Mit der damit einhergehenden Kontaktpflege in der Gemeinschaft und der stützenden Nachbetreuung zeigen sich diese Programme nach längerer Beobachtungszeit der traditionellen Behandlung weit überlegen. - Innerhalb eines Jahres erzielten CIOMPI mit seinem Team bei 81 meist schizophrenen Langzeitpatienten 72 % Erfolge auf der Wohnachse (mit einem mittleren bis besseren Skalierungswert), 36 % Erfolge auf der Arbeitsachse (eher besseren Skalierungswert) und 26 % gleichzeitige Erfolge auf beiden Achsen. Darüber hinaus wurde die rezidiv freie Zeitspanne mit Hilfe ambulanter Nachbetreuung ums Zwei- bis Dreifache gehalten.

2.4 Zur sozialen Ätiologie

Inzwischen gibt es eine Reihe sozialepidemiologischer Untersuchungen zu Patientenkollektiven unterschiedlicher Diagnosegruppen. Hier sei nur eine Erhebung zitiert, die Schichtzugehörigkeit und die Bedeutung familialer Verhältnisse betonen. BATTEGAY et al. (1975) ließen bei 300 Patienten eine Stichprobe repräsentativ für 6.922 Patienten, die die Baseler Psychiatrische Universitäts-Polyklinik in den Jahren 1970 bis

1971 aufsuchten, neben den Angaben über Geschlecht, Alter und Zivilstand, Wohnquartier und soziale Schicht auch Einblick in die Familienkonstellation der Patienten unterschiedlicher Diagnosen und ihr Verhältnis zu neuen Beziehungspersonen der Kindheit erfragen. - Die Patienten rekrutieren sich primär (80,9 %) aus der Unterschicht. Statistisch signifikante Befunde ergibt die Familienkonstellation in der Kindheit der Patienten, gegenüber der Durchschnittsbevölkerung: ein wesentlich höherer Anteil von Polyklinik-Patienten wuchs mit einem Elternteil, bei Pflegeeltern, in Heimen, oder elternlos auf. BATTEGAY et al. (1975, 77) sind der Meinung, daß das Aufwachsen in unvollständigen Familien wesentlich zur Krankheitsgenese beitrage. Einschränkend schließen sie jedoch, daß die Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb des familialen Milieus zumindest bei den Oligophrenen oder den psychopathischen Persönlichkeiten sekundär durch die anlagemäßigen intellektuellen oder charakterlichen Störungen bedingt sein könnten.

DILLING und WEYERER's (1978) besonderes Interesse gilt in ihrer sozialepidemiologischen Studie dem Zusammenhang von sozialer Schicht und Art der Behandlung. Es bestehe - so fanden die Autoren - ein direkter Zusammenhang zwischen Größe der Population von chronisch Hospitalisierten (in einem relativ eng umschriebenen Versorgungsgebiet) und der Häufigkeit alleinstehender Patienten aus der untersten Sozialschicht.

Weitere Ergebnisse zur Schichtverteilung innerhalb der Literatur zur Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrischer Versorgung sind aus Gründen besserer Gliederung in Kapitel II.1.2.1 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: von sozialer Schicht (S. 72) und in Kapitel III.5.3.1 Höchste prämorbid erreichte soziale Schicht (S. 222) zu finden.

Grob gestörte Familienverhältnisse und familiale Kommunikation

In einer prädiktiven epidemiologischen Erhebung untersucht ABELIN (1975) die Intaktheit der Familie zukünftiger Schizophrener. 529 Patienten aus Boston werden mit einer zufällig ausgelesenen Kontrollgruppe von ebenso 529 Personen (vergleichbar bezüglich Rasse, Ge-

schlecht, Altersstufe, Wohnmilieu) verglichen. Die Familien zukünftiger Schizophrener sind durch Auflösung und Zerrüttung gekennzeichnet. Die Familien der Probanden sind gehäuft schon vor Erreichen des 15. Lebensjahres aufgelöst, wobei die Unvollkommenheit der Familie bereits zur Zeit der Geburt beginnt, insofern als signifikant mehr Schizophrene als Kontrollen unehelich gezeugt oder geboren worden waren. Die fragliche Intaktheit der Ursprungsfamilie kam insbesondere bei weiblichen Patienten, und vor allem bei Patienten, die zur Zeit der Erkrankung unter 25 J. alt waren, zum Tragen.

Zur Art der zwischenmenschlichen Beziehungen in der Familie Schizophrener sichtet KIND zahlreiche intensiv durchgeführte und langfristig angelegte, internationale Studien. Bezüglich deren Ergebnisse hält er es schon 1965 (S. 204) für "ausreichend gesichert", daß die Entstehung der Schizophrenie sowohl aus einer emotional gestörten Familienumgebung als auch aus weiteren belastenden Umständen zu erklären ist.

In welcher Weise die Familienkonstellation zur Gefährdung des psychischen Gleichgewichts führt, überprüfte in den vergangenen 30 Jahren die amerikanische Familienforschung. Dabei wird großes Interesse auf das Wesen familialer Kommunikation gelegt. BATESON, JACKSON und Mitarbeiter (1969) formulierten die "Double-bind"-Theorie: In der "Beziehungsfalle" war das Kind, das später schizophren wird, ständig elterlichen Kommunikationen ausgesetzt, die direkt oder indirekt unvereinbar sind und widersprechende Botschaften und Forderungen enthalten, die sich gegenseitig ausschließen und dennoch - wegen seiner Abhängigkeit von einem oder beiden Elternteilen - eine Antwort vom Kind verlangen.

HIRSCH u. LEFF (1975) stellen nach einer Literatursichtung allerdings fest, daß Experten nicht in der Beurteilung einer Double-bind-Kommunikation übereinstimmen und die Häufigkeitsuntersuchungen methodische Fehler aufweisen. Nach den von ihnen genannten Ergebnissen scheint eine Double-bind-Interaktion nicht spezifisch für Eltern von Schizophrenen zu sein.

WYNNE u. SINGER (1963 u. 1965), die in einer Serie von experimentellen Studien die Double-bind-Interaktion als eine der möglichen abweichenden Kommunikationsformen überprüfen, zeigen mit Hilfe einiger Tests außerdem andere Abweichungen der Organisationsformen des Denkens,[1] die die Eltern auf ihre Kinder übertragen. Unabhängige Beurteiler und Beobachter konnten diese Kommunikationsformen (z.B. fragmentierte) klar zwischen Eltern von Schizophrenen, Neurotikern und Normalen unter geringer Fehlerquote zuordnen.

HIRSCH u. LEFF (1975) kritisierten diese Untersuchung aus methodischen Gründen: die getesteten schizophrenen Patienten seien stark ausgelesen, wahrscheinlich wegen der schon bestehenden Auffälligkeiten in den Familienverhältnissen. Die Autoren konnten in einem Replikationsversuch, in dem ein streng experimentelles Design, unausgewählte Patienten und spezielle diagnostische Kriterien vorlagen, jedoch die eindeutige Unterscheidung, die WYNNE u. SINGER feststellten, nicht replizieren.

LIDZ (1976) betrachtet wiederum die Entwicklung der Schizophrenie als ein unvermeidliches Risiko, das in gewissen Familien entstehen kann, weil die Ehen der "schizophrenogenen" Eltern gespalten oder asymmetrisch sind. Gespaltene Elternbeziehungen sind durch offenen Konflikt gekennzeichnet, wobei jeder seine persönlichen Ziele verfolgt und auf die Bedürfnisse des anderen keine Rücksicht nimmt. Asymmetrisch wird eine Beziehung dann, wenn ein Partner - allerdings unter innerem Widerstand - passiv die Dominanz des anderen akzeptiert, wobei der Konflikt eher verdeckt bleibt. Eine adäquate Persönlichkeitsentwicklung mit einem Gefühl von Selbstbewußtsein und Identität wird in beiden Fällen behindert, da die Eltern dem Kind keine eigene Individualität zugestehen und die Mutter ihre Bedürfnisse nicht von denen des Kindes genug abgrenzen kann, was sich insbesondere bei Jungen schädigend auswirkt (vergleichbares Verhalten des Vaters hinsichtlich des Mädchens, ebenso schädigend). Die Autonomiebestrebungen werden so Opfer der elterlichen Bedürfnisse. Zu den schizophrenogenen Familiensituationen gehören Verwischungen der Generationsgrenzen, ebenso häufig symbiotische und inzestiöse Bindungen.

---

1) transactional thought disorders

WING (1982) hält die LIDZSCHE Theorie jedoch insofern für angreifbar, als die 17 untersuchten Familien unrepräsentativ seien, weil sie reich waren und den Patienten langjährige Analysen bezahlen konnten (sie dadurch auch in Abhängigkeit hielten).

Anhand ihrer Literaturübersicht und der eigenen Untersuchung kommen HIRSCH u. LEFF (1975) allerdings zu dem Schluß, daß offensichtlich mehr Eltern von schizophrenen Patienten psychiatrische Störungen nachzuweisen sind als den Eltern von Gesunden; darüber hinaus bestehen in deren familialen Beziehungen häufige Konflikte und Disharmonien; außerdem verhalten sich diese Eltern häufiger besorgt und protektiv, was den Autonomiebestrebungen des sich entwickelnden Kindes im Wege steht. Dabei stellen sie das ätiologische Modell der frühkindlichen Umweltfaktoren in Frage: all diese Faktoren können genauso durch eine Erbtheorie, wie als Reaktion auf das abweichende Verhalten des Kindes erklärt werden.

Wertewandel und Entwurzelung

Neben den möglichen auslösenden Umweltfaktoren der Familienkonstellation und Zugehörigkeit zu einer niedrigen sozialen Schicht gehören zu den sozialen Ursachen und Folgen psychischer Krankheiten, Variablen wie soziale Isolation, Überfüllung und Überbevölkerung, Arbeitslosigkeit, Auswanderung, ebenso wie soziale und geographische Mobilität, die ØDEGAARD (1975) beschreibt.

Daß bei Kulturwandel und Migration eine Häufung von paranoiden Reaktionen bis hin zu prozeßhaft verlaufenden paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien auch transkulturell festgestellt wurden, berichten BÖKER u. SCHWARZ (1977). Die unterschiedliche Häufigkeit und der Verlauf stehen u.a. mit sozio- und psychodynamischen Faktoren in Beziehung.

So ergab u.a. die WHO-Pilotstudie über Schizophrenie (1973), die die Autoren zitieren, daß schizophrene Psychosen (vorwiegend auch paranoide) in den teilnehmenden Zentren der Entwicklungsländer (trotz geringeren "therapeutischen" Möglichkeiten) günstiger verliefen und sich

häufiger nach kurzer Zeit zurückbildeten als in den teilnehmenden Zentren der Industrieländer.

Ausgehend von ihrer Hypothese, daß akute paranoide Reaktionen in Übergangskulturen (von einer bäuerlichen Gesellschaft der Großfamilien hin zur Industriegesellschaft der Kleinfamilien) besonders gehäuft auftreten, weisen sie auf psychodynamische Zusammenhänge: ein primär von der Außenwelt (Großfamilie, Gruppe) - auch nach der frühen Kindheit - bestimmtes Individuum, dessen Ich-Organisation weitgehend auch in seinen Leistungen von dieser abhängig bleibt, wird auf einen Kulturwandel der größere Autonomie erforderliche Anpassungsleistungen mit sich bringt, mit großer Angst reagieren, wenn keine Möglichkeit mehr besteht, sich mit der Gruppe zu identifizieren. Projektive Abwehrmechanismen führen dann zu einer wahnhaften Verarbeitung, wobei diese Reaktion sowohl Ausdruck vermehrter Labilisierung sein kann, als auch ein Versuch des Betroffenen, dem Gefühl fortschreitender Desintegration zu entgehen.

Was steht als conclusio all dieser Erkenntnisse?
Sozialrehabilitative Bemühungen!

Sozialpsychiatrische Reformen sind jedoch kostenintensiv. Deshalb fordert DILLING und WEYERER (1978), daß auf lange Sicht stichhaltig belegt werden muß, ob die Versorgung in (bevölkerungsnahen) kleinen Institutionen und die intensivere Rehabilitation der in Frage stehenden Personengruppe günstigere Aussichten auf eine Wiederherstellung oder eine wesentliche Besserung anbietet und somit den anfänglichen Kosten-Mehraufwand auch in Zeiten wirtschaftlicher Rezession noch rechtfertigt.

3. Zur Methodologie der vorliegenden Untersuchung

Methodologischer Ausgangspunkt ist die sogenannte "qualitative Methodologie explorativer Forschung". Hiermit meint man Forschungsstrategien wie verstehende, direkte Beobachtung, aktive Teilnahme an dem Leben der Beobachteten, Tiefeninterviews, Feldforschung usw., die dem Untersucher einen unmittelbaren Zugang zum empirischen Umfeld und Einsicht in dessen verwickelte soziale Zusammenhänge verschaffen.

Qualitative Methodologie, d.h. eine verstehende, die die innere mit der äußeren Perspektive des Erkennens kombiniert, gestattet es dem Forscher, an die Daten nahe heranzugehen und dabei

"die analytischen begrifflichen und kategorialen Bestandteile der Interpretation aus den Daten selbst zu entwickeln." (FILSTEAD 1970, 35),

statt sie aus den stark strukturierten und quantifizierten Techniken der vorgefaßten operationalen Definitionen eines Forschungsmodells abzuleiten.

Die explorative Untersuchung erlaubt aufgrund ihrer flexiblen Natur "jede ethisch vertretbare Vorgehensweise anzuwenden" (BLUMER 1969, 55), die detaillierte Einblicke in eine Lebenssphäre ermöglicht, die sonst dem Forschungsinteresse verschlossen bliebe.

Ziel dieser Art von Forschung ist die teilnehmende Beobachtung durch direkten sozialen Kontakt im Untersuchungsbereich, d.h. die "Primärerfahrung des Forschers zur Hypothesenquelle zu machen" (GERDES 1979, 5).

Hierbei kann der Wissenschaftsverstand eines Feldforschers mit dem naiven Alltagsverstand eines teilnehmenden Beobachters und dessen umfassenderen Wahrnehmung der konkreten Realität sinnvoll gekoppelt werden. Voraussetzung dafür ist natürlich, daß der Untersuchungsbereich dem Forscher so weit vertraut und "naiv" nachvollziehbar ist, so daß es zur Befruchtung eines Rückkoppelungsprozesses zwischen Wissenschaftsverstand und naivem Alltagsverstand kommen kann (BLUMER 1969, 51 ff.). Eine Theorie induktiv zu entwickeln, d.h. eine "begründete

Theorie" aufzustellen, die sich direkt aus den Daten speist (GLASER und STRAUSS 1967, 63) hat den Vorteil, einen unmittelbaren Bezug zur empirischen Wirklichkeit herzustellen.

"Emanzipatorisch relevant" wird eine Theorie dann, wie es Klaus HOLZKAMP (1972) von psychologischer Forschung fordert, wenn

"sie zur Selbstaufklärung des Menschen über seine gesellschaftlichen und sozialen Abhängigkeiten beiträgt und so die Voraussetzungen dafür schaffen hilft, daß der Mensch durch Lösung von diesen Abhängigkeiten seine Lage verbessern kann." (HOLZKAMP 1972, 32).

So wurde inzwischen z.B. von der sozialen Epidemiologie gefordert, "praktisch" zu werden, aus ihrer theoretischen Sackgasse herauszukommen und einen Kontakt zur Sozialpsychiatrie (wieder) herzustellen.

"Ein notwendiger Schritt dazu ist die Verbindung kasuistisch orientierter Fallstudien und Längsschnittuntersuchungen mit quantitativen epidemiologischen Erhebungen. Denn nur über die konkrete Analyse von einzelnen Entwicklungsverläufen lassen sich die entsprechenden inhaltlichen Hypothesen gewinnen, die dann in quantitativen Studien überprüft werden können" (GLEISS 1980, 161).

Mit dieser Blickrichtung der praktischen Kausalforschung wird im Gegensatz zur traditionellen Psychotherapie-Forschung - nicht die gesellschaftliche Wirklichkeit des Patienten übersehen (GLEISS 1980, 165).

Ein weiterer methodologisch "verstehender" Ausgangspunkt besteht darin, psychoanalytische Erkenntnisse auf klinisch-psychiatrische Tatbestände zu beziehen und so einer kommunikativen Förderung dieser beiden sich häufig ausgrenzenden Disziplinen zu dienen, und zwar im Sinne einer dynamischen "transmuralen Psychiatrie" (BACH 1980, 8). So hat "eine reine Sozialpsychiatrie ohne Einbeziehung von unbewußten Abwehrprozessen die Grenzen ihrer Wirksamkeit bereits erreicht" (BACH 1980, 8). Ebenso wie bei Psychosen Psychopharmaka zur Therapie allein nicht genügen, so führt auch eine positive Veränderung im sozialen Umfeld nur zu Teilerfolgen. Desgleichen können auch tiefenpsychologische Erkenntnisse bezogen auf chronisch-psychiatrische Patienten nur fragmentarische Antworten auf die Ätiologie der Langzeitentwicklung von psychischen Störungen geben.

"Der Zweck explorativer Forschung ist, sich einem klaren Verständnis dafür, wie man sein Problem stellen sollte, anzunähern, zu lernen, was die angemessenen Daten sind; Ideen über signifikante Bezugslinien zu entwickeln und seine begrifflichen Werkzeuge im Lichte dessen zu konstruieren, was man über den Lebensbereich lernt." (BLUMER 1969, 54)

In weiten Bereichen psychologischer und soziologischer Forschung geht es nicht mehr um die möglichst unverfälschte Erkenntnis der realen sozialen und psychischen Wirklichkeit des Menschen, sondern vielmehr um das "Testen von Hypothesen", also um die Überprüfung vorgefaßter soziologischer und psychologischer Modelle, operational definierter Welten. Ein zutreffendes Bild der sozialen und psychischen Wirklichkeit des einzelnen kann so kaum entstehen, da der Bezug zur real existenten Welt nicht mehr vorhanden oder erkennbar ist. Der fragwürdige allgemein-gesellschaftliche Erkenntniswert dieser Art von Forschung drückt sich aus in einer fortschreitenden Desintegration und Trivialisierung i.S. einer "unüberschaubaren Anhäufung von Einzelbefunden" (HOLZKAMP 1972, 11), sozusagen einem Datenfriedhof.

Für die Wissenschaftstheorie ist es häufig unerheblich, woher der einzelne Forscher seine Fragestellungen und Hypothesen nimmt; "dem Wissenschaftsfortschritt" dienlich und brauchbar sind nämlich diese schon dann, wenn sie gewissen formalen Anforderungen genügen. Außerdem hängt ihre Relevanz davon ab, "welchem Prüfverfahren sie unterworfen" (ATTESLANDER 1975, 25) werden.

Jedoch "die bei weitem aufschlußreichste ergiebigste Quelle von Einsichten, Vermutungen und Hypothesen über einen bestimmten Bereich sozialer Wirklichkeit (ist) die möglichst detaillierte und umfassende, direkte Kenntnis eben dieses Wirklichkeitsbereiches" (GERDES 1979, 4).

Zur Gewichtigung und Klärung von sozialen Bindungen und Abhängigkeiten beizutragen, war hier der maßgebliche Ausgangspunkt für die Wahl des Forschungsvorhabens, auch wenn dies nur ein kleiner Schritt in diese Richtung bedeuten würde. Eine reine Literaturarbeit schien dafür wenig geeignet, da sie keinen eigentlichen Bezug zur sozialen Wirklichkeit dieser menschlichen Schicksale in ihrer sozialen Dimension ermöglichte. Trotz Kenntnis des zu erwartenden Mehraufwandes zeitlichen und persönlichen Einsatzes wurde deshalb der Ausgangspunkt der explorativen Forschung als Verlaufsstudie mit qualitativer Datenerhebung gewählt.

II

1. Zielsetzung: Zusammenhang zwischen der Tragfähigkeit des sozialen Umfeldes und des chronischen Verlaufes

Schon während der ersten Überlegungen zu dem Arbeitsvorhaben, nämlich die Tragfähigkeit des sozialen Netzes von chronisch-psychiatrischen Patienten zu untersuchen und damit eine Antwort auf die in der Enquête aufgeworfenen Frage nach der angemessenen oder alternativen Versorgung von langfristig psychisch Kranken zu geben, akzentuierten sich unterschiedliche Problemstellungen.

So war z.B. nichts über das soziale Bezugsfeld der Entlassenen bekannt, nichts darüber, welche soziale Perspektive diese Patienten noch hatten und nichts darüber, wo sie letztlich verblieben bzw. welche Patienten nach Entlassung inzwischen verstorben waren.

Desweiteren stellte sich die Frage, inwieweit die Entlassung oder Rehabilitation von chronisch psychisch Kranken von ihrer sozialen Herkunft (Schicht), vom Alter, Familienstand, insbesondere aber vom Vorhandensein einer Familie, eines Partners, der Diganose der Verweildauer, den iatrogenen Faktoren ihrer Krankheitskarriere abhängig ist.

Weitere Unklarheiten betrafen die Erfolgskriterien einer "sozialen Rückkehr". Geht es hier um eine Reintegration in die Familie bzw. eine Rückkehr zu Partnern oder Kindern, d.h., inwiefern eine menschliche (nicht institutionelle) "Wieder"-Aufnahme erreicht wird. Betrifft das soziale Funktionieren die Selbständigkeit im sozialkommunikativen Bereich, die Selbstversorgung oder die berufliche Wiedereingliederung? Ergibt sich die Art der therapeutischen Zielsetzung aus der Art der zu behandelnden Rehabilitantenprobleme oder ist sie davon unabhängig und vielmehr abhängig von der personalen Ausstattung der Klinik. Müssen demzufolge vielleicht in Zukunft im Bereich der chronischen Abteilungen eher bewahrende Elemente verringert und rehabilitative stärker betrieben werden? Oder eignet sich der übliche Stationsbetrieb mit dem Blick auf Versorgung der Pat. wenig dazu, die Autonomie dieser zu fördern?

Diese Reihe von Fragen um die rehabilitativen Möglichkeiten und Grenzen von chronisch-psychiatrisch Kranken und die daraus zu entwickelnden Konsequenzen sollen im Rahmen dieser Erhebung aufgegriffen und untersucht werden. Dabei sollen sie auf dem Hintergrund der Herkunftsbedingungen (Ursprungsfamilie, soziale Schicht) ihres sozialen Eingebundenseins sowohl im engeren familialen Verbund als auch in der weiteren sozialen Einbettung und auch der institutionellen Verhältnisse, mit denen diese Patientengruppe konfrontiert worden ist, gesehen, beurteilt und abschließend mit den Ergebnissen der italienischen Psychiatriereform am Beispiel Triest verglichen und diskutiert werden. Transkulturelle Unterschiede zeigen so signifikant bessere Verläufe in Entwicklungs- (im Vergleich zu Industrie-) Ländern, in denen z.B. Schizophrene bei Erkrankung auf ein stützendes soziales Netz zurückgreifen können (SARTORIUS et al. 1978, 102 f.).

Das soziale Eingebundensein als rehabilitative Chance soll die zentrale Fragestellung der Studie, wie tragfähig das soziale Umfeld von chronisch-psychiatrischen Patienten vor, während und nach dem psychiatrischen Aufenthalt ist, anhand der nun folgenden übergeordneten Arbeitshypothesen überprüfen:

1. Das soziale Netz reicht aus, die Folgeerscheinungen von Langzeitverläufen psychiatrisch Erkrankter (Rezidive, Wiederaufnahmen, Dauerunterbringungen) zu verhindern.
   a) Das soziale Netz reicht aus, wenn ein Partner da ist.
   b) Das soziale Netz reicht aus, wenn Familie da ist.

2. Die vorhandenen Berliner ambulanten Einrichtungen reichen aus zur Nachsorge von chronisch-psychiatrisch Kranken ohne Familienbezug.

3. Die Nachsorgeeinrichtungen reichen nur aus, wenn die Hauptlast die Familie trägt.

4. Die Berliner Verhältnisse sind mit ihrem mangelnden "sozialen" Hinterland bestimmend dafür, daß eine familiale Reintegration eher nicht gelingt.

1.1 Psychosoziale Aspekte der Genese und der Langzeitentwicklung von chronisch psychiatrischen Erkrankungen

Bei der Untersuchung dieses Problemfeldes gehen wir von der Annahme aus, daß alle Menschen wenigstens zeitweise an psychischen und/oder somatischen Störungen erkranken. Krankheiten sind u.a. auch soziale, in zwischenmenschlichen Beziehungen sich äußernde Störungen und können so als Antworten auf eine spezifische soziale Situation aufgefaßt werden. Vor allen Dingen aber ist Krankheit - wie die Italiener der Reformbewegung es sehen - Lebenserfahrung und Lebenserfahrungen sind nicht immer primär gute Erfahrungen (LINDEMANN 1982).

Versteht man, wie die italienischen Psychiatriereformer die psychische Krankheit als Krise, so ist die Erfahrung einer Krise gleich einer Verunsicherung in der Orientierung des eigenen Standortes im Umfeld sozialer Beziehungen. Die psychische Störung wird zum Störfaktor der zwischenmenschlichen Beziehung.

Nimmt man nun an, daß sich persönliche Entwicklungsmotive und die daraus erwachsenden Entscheidungen nur deshalb herausbilden, weil sie dem einzelnen Orientierung sind und ihn in seinem Bezugsfeld handlungsfähig machen (GLEISS 1980, 119), so läßt sich feststellen, daß es manchen Menschen gelingt, sich ein Umfeld zu schaffen, das den eigenen Bedürfnissen und Vorstellungen im wesentlichen entgegenkommt, indem ihre Realisierung von anderen gebilligt wird, so daß eigene Unzulänglichkeiten nicht zum Konflikt führen. Andere wiederum sind darin weniger erfolgreich, ja erkranken sogar daran.

So werden wir im Verlauf unserer psychophysischen Ausreifung immer wieder mit Situationen konfrontiert, die eine Umstrukturierung der bisherigen Welterfahrung erfordern und die man einer Orientierungs- und/oder Krise in der Ichentwicklung gleichsetzen kann, die an sich ja nicht krankmachend ist. Es handelt sich hierbei meistens um Krisen der Ich-Stabilität, Selbstidentität, um die Selbsteinschätzung und die Rolle (SCHARFETTER 1980, 316), die wiederum abhängig ist von dem sozialen Umfeld, in dem man aufwächst.

Inwiefern die Entwicklungskrise dann dennoch pathogen wirksam werden kann, wird abhängig sein von dem Einsatz verfügbarer persönlicher Bewältigungsstrategien des einzelnen und der Art und Weise, wie seine Umwelt mit diesem Entwicklungsgeschehen umzugehen gelernt hat.

Einige dieser Belastungen sind eher phasenspezifische Schwellensituationen unserer psychosozialen Entwicklung: Die persönliche gelungene orale, anale, ödipale Ausreifung der Eltern-Kind-Dynamik; dann eine mehr nach außen gerichtete Orientierung: Schuleintritt, Pubertät, Lösung vom Elternhaus, Sexualität, Partnersuche, Berufsfindung und -sicherung, evtl. Familiengründung, Krise der Lebensmitte, Alter usw., denen wir alle ausgesetzt sind.

So läßt sich mit HAFNER 1963 (bei KIND 1965, 195) darauf hinweisen, daß auch die normale Entwicklung nicht immer genetisch verständlich sei, sie auch prozeßhafte Züge, insbesondere hinsichtlich des endogen ablaufenden biologischen Reifungsgeschehens zeige.

Weitere einschneidende Veränderungen, die zu akuten Handlungskrisen führen können, sind das Ende des beruflichen Tätigseins, plötzliche oder länger anhaltende Arbeitslosigkeit, Entwurzelung, Trennung oder Tod von nahen Bezugspersonen, die ebenso eine Umstrukturierung von bislang vertrauten Gegebenheiten erforderlich machen.

Die Art und Weise, wie diese Belastungsbereiche erlebt und verarbeitet werden können, ist u.a. stark mit der individuellen Lebensgeschichte verknüpft, d.h. der Familien- und Eigengenese und wie der Betroffene mit diesen frühen Erfahrungsbereichen umzugehen gelernt hat.

Zur Aufdeckung dieser Zusammenhänge stellen sich folgende wichtige anamnestische Fragen, deren Beantwortung leider nicht bei allen Patienten aus ihrer Krankengeschichte zu entnehmen war:

In was für eine Familie ist der später Erkrankte hineingeboren und -gewachsen (sozial schwache Familie?). War er ein erwünschtes Kind oder war er unehelich geboren, was sich später ungünstig auf die psychische Entwicklung auswirkte? War es eine Risikogeburt oder gab es komplizierte Krankheiten in der Kindheit? Waren beide Eltern vorhanden

und nicht krank oder gab es Auffälligkeiten, wie Nervenkrankheiten (insbesondere der Mutter), Verwahrlosung, Trunkenheit in der Familie? Gab es ambivalente Beziehungen innerhalb der Familie (Oszillieren zwischen Härte und Verwöhnung?), die dem sich entwickelnden Menschen keine Handlungsorientierung gaben. Wie groß war die Geschwisterschar und welche Stellung hatte der Betroffene inne oder war er Einzelkind oder Nachkömmling? Starb ein Elternteil (oder andere wichtige Bezugspersonen) oder existierten andere belastende Familienverhältnisse? Verbrachte das Kind einen wesentlichen Teil seiner Entwicklung in Waisenhäusern, Heimen oder wurde die Erziehung von wechselnden Pflegeeltern geleistet? Bestanden im Verlaufe der kindlichen Entwicklung Auffälligkeiten im Erziehungs-, Leistungs- und Kontaktbereich und wie wirkten sich diese auf den weiteren persönlichen, schulischen und beruflichen Werdegang aus? Kam es zu einer Partnersuche und zu einer sozialen Bewährung in Ehe und Beruf? Gab es Kinder oder fand keiner dieser Entwicklungs- und Reifeschritte statt? Wie war denn dann die soziale Einordnung einzuschätzen? Gab es Verwahrlosungs- und Suchtzüge oder kriminelles Verhalten schon vor der manifesten psychiatrischen Erkrankung? Wie waren die Wohnungsverhältnisse, lebte der Patient noch mit der Ursprungsfamilie oder waren Schritte in Richtung Verselbständigung erfolgt, z.B. mit einer eigenen Wohnung? Welcher prämorbid erreichten sozialen Schicht war er zugehörig?

Betrafen diese Fragen lebensgeschichtliche Daten der Anamnese des Betroffenen, so gehören die folgenden zur Pathogenese, die "integrierender Bestandteil der Anamnese" (GÄRTNER und GÄRTNER-PETERHOFF 1975) ist. Die Pathogenese betrifft die auslösende Versuchungs- und Versagungssituation, die über die klassische Frage "was ist an dem Tag (innerhalb des kürzlich vergangenen Zeitraums) alles geschehen", - handelt es sich nicht um "Daueranlässe" - (MATUSSECK 1958, 93), exploriert werden kann.

In den wenigsten psychiatrischen Anamneseerhebungen werden jedoch diese psychodynamisch wichtigen Geschehnisse erhellt, da sie häufig sehr subtile Prozesse sind und dem explorierenden Arzt, hat er nicht eine tiefenpsychologische Weiterbildung erfahren, meist undurchschaubar bleiben. Häufig sind nur die groben psychopathologischen Daten eruiert und diagnostisch-nosologischen Kategorien zugeordnet, so daß für die Fragestellungen eines Längsschnittbildes der chronisch Kranken viel

unberücksichtigt - da nicht dokumentiert - bleiben mußte. Was von diesen mangelhaften Daten im Interview der Spatkatamnese erganzend zu ermitteln war, wurde natürlich in die Auswertung mit einbezogen.

Es stellt sich nun bezogen auf den Ausbruch der Krankheit vorab die Frage, mit welchen Belastungsbereichen in welcher Entwicklungsphase der Patient kumulativ nicht fertig wurde, so daß er Zuflucht zur Regressionsmöglichkeit einer psychischen Erkrankung nehmen mußte. Diese Frage betraf einmal den vermuteten auslösenden Konflikt und zum anderen die situativen Bedingungen anderer psychotraumatischer Erlebnisse wie: Kriegseinwirkung, Entwurzelungs- und Isolationsproblematik (als Auswirkung der Anonymität einer Großstadt), einschneidende Veränderungen in der sozialen wie familiären Struktur, belastende Konflikte in der Nachbarschaft, Tod und Verlust einer nahen Bezugsperson. Gab es insbesondere für die psychotisch erkrankten Patienten Verhaltensauffälligkeiten (präpsychotisches Erleben) und andere Symptome vor der Krankheitsmanifestation, die einen frühen Hinweis auf eine psychische Labilisierung und eine bevorstehende Krise hätten geben können?

Krankheiten sind aber nicht nur ursächlich zu verstehen, sondern sind auch Teile eines zeitlichen Entwicklungsgeschehens: Insbesondere sind sie bei den chronischen Erkrankungen u.a. als Verlaufsereignisse zu betrachten, wobei die "sozialen Folgen ihres Krankseins im Vordergrund stehen" (KUNZE 1977, 87).

Günstige oder ungünstige gesellschaftliche Bedingungen aus der Primärgeschichte, die in die Krankheit hineinragen und der beginnende Prozeß der Institutionalisierung beeinflussen die Entwicklung auf jeder Stufe der Krankheit. Hier geht es um die Frage, welcher sozialen Situation ein Betroffener während seiner Erkrankung innerhalb der Klinik und außerhalb von ihr ausgesetzt ist.

Die psychiatrische Zuschreibung (in Form des diagnostischen Etikettes) und Ausgrenzung (in Form der persönlichen "Eingrenzung" durch Einweisung oder gar Unterbringung) ist ein differenzierter sozialer Vorgang, der vorhandene soziale Möglichkeiten verkümmern läßt und als we-

sentliche Persönlichkeitseinschränkungen erlebt wird. In welcher Weise dieser Vorgang von konkreten sozialen und sozioökonomischen Bedingungen mit beeinflußt wird, soll in den folgenden Untersuchungsansätzen beschrieben werden.

Die erste Stufe des psychischen Leidensweges beginnt mit der Art der psychischen Störung, mit der der Betroffene auf Belastungen reagiert, wobei sich die Frage stellt, welchen Intensitätsgrad sie nach welchem Erkrankungszeitraum vorweist und wie sie diagnostiziert wird. Bestanden außer dieser Reaktionsweise noch andere Regressionsformen wie körperliche Erkrankungen, frühe Invalidierung, Sich-Versorgenlassen in früher Heimunterbringung? Wie lange Zeit konnte der Betroffene draußen kompensiert leben, bis es zur ersten Aufnahme kam? Wie waren die Zeiträume der Verweildauer in den verschiedenen Institutionen? Gab es Entlassungen und Wiederaufnahmen? Wovon waren diese abhängig? Wie war insgesamt die soziale Prognose? Veränderte sich das Symptombild im Verlauf, d.h. verschlechterten oder verbesserten sich die psychopathologischen Zustandsbilder? Welchen Therapieversuchen war der Betroffene ausgesetzt? (Elektroschock, Psychopharmaka?) Wie war die Wirksamkeit nichtmedikamentöser Behandlungsmethoden? Wie war der Kontakt zu dem Patienten? Gab es noch Kontakt zur Familie - falls vorhanden - und wie häufig kam es zu Besuchen? Welche rehabilitativen Maßnahmen galten insbesondere dem Entlassungsbemühen der Chroniker?

Dieser Fragenkatalog speiste u.a. die 13 Hauptfragestellungen des Grundrasters der Datenanalyse, die diesen Fragen übergeordnet wurden und unter dem Kapitel II.2.0 (Methodisches Vorgehen: Eigene Untersuchungen) zu finden sind.

1.2 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit von drei sozialen Bedingungsfeldern

Bei chronisch psychisch Kranken ist grundsätzlich wie folgt zu differenzieren:
Zum einen zwischen der chronischen Entwicklung der psychischen Erkrankung, also des Zustandsbildes der psychoorganischen Veränderung (z.B.

in Form von Ausfällen) und einem angeborenen chronischen Leiden; zum anderen zwischen dem chronischen Verlauf im Rahmen der stationären Unterbringung im status patienticus.

Sozialpsychologisch ausgedrückt: Die Krankengeschichte ist eine andere als die Patientengeschichte.

"Im Verlauf seiner Karriere als "Geisteskranker" schreitet der Präpatient an vier Grenzmarkierungen vorbei. Die erste bezeichnet das Auftreten von abweichendem Verhalten und die Enttäuschung lebensweltlicher Erwartungen seiner Rollenpartner im Alltag. Die zweite Bearbeitungsstufe umfaßt die Einschätzung des devianten Verhaltens als gestört im psychiatrischen Sinne. In der dritten Prozeßstufe wird die Entscheidung gefällt, es müsse etwas geschehen und eine psychiatrische Behandlung sei angezeigt. Die Anfangsstufe als In-Patient wird erreicht, wenn die Entscheidung ausgeführt wird und der Patient in psychiatrische Behandlung kommt. Der Pfad des Patienten in den Patientenstatus gliedert sich demnach in drei Abschnitte: In die Rolle des Präpatienten vor seiner Einlieferung in die Anstalt, in die Rolle des In-Patient während der therapeutischen Behandlung und in die Rolle als Ex-Patient nach der Entlassung....

Die Patientengeschichte bezeichnet die Veränderung der Person während ihrer Sozialisation in die Mitgliedschaft jenes gesellschaftlichen Subsystems, das wir Gesundheitswesen nennen.

Die Krankengeschichte bezeichnet die Veränderungen einer Person während der Sozialisation in ihrer Mitgliedschaft in pathogenen sozialen Rollen." (RIDDER 1974, 19)

Es soll im folgenden so primär von chronisch-psychiatrisch Erkrankten die Rede sein, damit die Rolle als psychiatrischer "In-Patient" klar umrissen wird.

Zur Besprechung der weiteren Untersuchungsansätze werden folgende Fragen gestellt:

1. Inwieweit ist die Dauerunterbringung des Patienten oder seine Entlassung Ausdruck der Zugehörigkeit zu den sozialen Unterschichten?

2. Inwiefern ist der stationäre Verbleib oder ein extramurales Leben abhängig vom Fehlen oder Vorhandensein einer Familie, eines Partners bzw. anderer familialer Bezugspersonen?

3. Inwiefern trägt die Struktur der psychiatrischen Klinik mit ihrer Organisationsform der totalen Versorgung zur Chronifizierung der Patienten bei und wie kann diese Überversorgung zum Wohle des Patienten aufgelockert werden?

Diese Fragestellungen sollen auf dem Hintergrund der folgenden Ausführungen zur Zielsetzung noch eingehender erörtert und teilweise mit Zahlenbelegen durchsichtig gemacht werden.

1.2.1 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit von sozialer Schicht

Im Rahmen der Beschäftigung mit unterschiedlichen Bestimmungsfaktoren, die chronisch-psychiatrische Patienten betreffen, stößt man auf neue und alte soziale Probleme, die seit jeher zu den Menschheitsplagen zu zählen sind: U.a. Armut, Völkerwanderung, Entwurzelung. Die ungünstige Wirkung von Armut auf seelische Entwicklung und Gesundheit ist durch epidemiologische Studien und individuelle Fallgeschichten eindeutig nachgewiesen worden. Allein im letzten Jahrhundert sind als Folge von Krieg, Verfolgung, wirtschaftlicher Bedrängnis, Bevölkerungsexplosion, Millionen von Menschen ihres sozialen Raumes verlustig gegangen, entwurzelt worden und mußten abwandern. - Diese Wanderbewegungen sind beträchtlich und entsprechen den großen Völkerwanderungen früherer Menschheitsepochen. Es führen auch die Wanderbewegungen von ländlichen in städtische Bereiche oft zu Verwirrung, zu Angst und Depression bei den Betroffenen, die sie dann aus dem psycho-physischen Gleichgewicht werfen (REDLICH u. FREEDMANN 1970, 1129).

Das Verlassen eines ländlichen, sozialen Bezugsrahmens geht aber auch häufig mit sozio-ökonomischen Einbußen, d.h. schlechteren Lebensbedingungen einher, wobei die Großstadt soziale Möglichkeiten bietet, diese wirtschaftliche Not abzufangen. Viele Abgewanderte jedoch kommen mit Hoffnungen und müssen dann am Rande des Existenzminimums ihr Leben

fristen, was zu erheblichem seelischen Stress führt: Großstädtische Anforderungen bieten wenig Vergünstigungen für nicht durchsetzungsfähige, ängstliche, depressive und labile Menschen.

Eine Frage in diesem Zusammenhang betrifft das Schicksal der in Westberlin "getrandeten" Menschen, die aus ihrer Heimat im Osten vertrieben wurden: Wieviele dieser gehören zur Kohorte?

Eine weitere Frage bezieht sich allgemein darauf, wie Arme, d.h. Menschen aus einer sozio-ökonomisch geringeren Schicht - wenn sie psychisch aus dem Gleichgewicht kommen und daran erkranken - mit dieser Krise umgehen.

In einer derartigen sog. "Orientierungskrise" finden nämlich die Patienten, die einen höheren sozio-ökonomischen Status innehaben und eine bessere Schulbildung vorweisen, eher den Weg zum Arzt, um sich frühzeitig behandeln zu lassen, als arme, alte und ungebildete Patienten (RIDDER 1974, 16). Für die Letzteren sind erste Anzeichen von psycho-physischen Fehlentwicklungen, d.h. abweichendes Verhalten oder körperliche Symptome eher Teil ihrer normalen Daseinslast, als daß sie ihnen zu viel Bedeutung beimessen. Ein besonderes Interesse in epidemiologischen Untersuchungen gilt dem Zusammenhang von sozialer Schicht und institutioneller Behandlung.

Im Rahmen einer direkten Befragung (MEYERS u. ROBERTS 1959, 213 f.) von schizophrenen Patienten bzw. ihrer Angehörigen konnte bezüglich der Krankheitsdauer vor dem ersten therapeutischen Kontakt folgendes herausgefunden werden:

- Weder Mittel- und Unterschichtpatienten kamen freiwillig zur Behandlung.
- Es setzte jedoch die Therapie bei Mittelschichtpatienten in einer weit früheren Phase der Erkrankung ein:
  - In den meisten Fällen wurden Mittelschichtpatienten schon 1 Monat, nachdem klassische psychotische Symptome auftraten, von einem Verwandten oder dem behandelnden Arzt in eine psychiatrische Institution gebracht.

- Unterschichtpatienten kamen jedoch erst in psychiatrische Behandlung, nachdem drei bis noch mehr Jahre schon schwere psychotische Symptome bestanden hatten.

So ist bei Unterschichtpatienten vor Behandlungsbeginn nicht nur die Krankheitsdauer länger, sondern es bestehen auch schwerere Störungen und Symptome, d.h. Unterschichtpatienten sind in höherem Maße beeinträchtig als Patienten der Mittel- und Oberschicht (HOLLINGSHEAD u. REDLICH 1958, 223).

Dieses letzte Ergebnis erbrachte die weiterhin beispielhafte New-Haven-Studie, in der sich die höchste Rate psychisch Gestörter innerhalb der untersten sozialen Schichtung befinden. Es betrifft ungelernte oder angelernte Arbeiter, zum größten Teil ohne Schulabschluß. Die Arbeitslosigkeit ist hoch. Der größte Anteil der psychisch Gestörten befindet sich in Elendsvierteln. Es sind die Slums der jeweiligen Städte.

Die Ergebnisse der New-Haven-Studie konnten mit Ergebnissen aus 25 weiteren Studien verglichen werden (DOHRENWEND u. DOHRENWEND 1969). 20 dieser Untersuchungen bestätigen die Prävalenz psychisch schwerer Störungen in der jeweils untersten sozialen Schicht.

Innerhalb des Komplexes "Soziale Schicht" muß man nach schichtenspezifischen Subvariablen differenzieren. Diese Ansicht vertritt die Berliner Soziologin BERNDT in ihrer Übersicht 'Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen' schon 1968 (S. 30 ff.). Diese Subvariablen - meint sie - müssen stärkeren auslösenden Charakter in der Genese von psychiatrischen Symptomen haben als die von unterschiedlichen ökologischen und sozialepidemiologischen Forschern formulierten und überprüften Isolations- bzw. Drifthypothesen zur Unterschicht. Entscheidend ist hiernach die Wohnsitzverteilung in vorwiegend ärmsten Vierteln mit entsprechender Desorganisation bzw. geographische Abwärtsmobilität infolge erster Krankheitszeichen.

Jedoch wird von BERNDT (1967, 465 f.) durchaus folgendes akzeptiert:

Eine feindliche isolierende Umwelt, so wie sie in den Slums erscheint, fördert die Entstehung von solchen kurzgeschlossenen psychologisch regressiven Systemen wie: Ablehnung (offene oder versteckte durch die Familie) - mangelhafte psychische Integration - erschwerte Anpassung - weitere Ablehnung (durch den "erweiterten" Kreis der Familie: die "peer-groups" der Nachbarschaft, Schule, Lehrstelle) - Rückzug - Ablehnung wegen Versagens in Erwachsenenrollen - Rückzug (bis hin zur Dekompensation).

Eine der von BERNDT beleuchteten Subvariablen betrifft die soziale Mobilität (versus der geographischen), d.h. ein blockiertes Statusstreben wird hier als auslösender Faktor gewertet. Dabei spielt die Diskrepanz zwischen der erhofften Statusposition und der erreichten bei allen Patienten eine bedeutsame Rolle, wobei die Enttäuschung, es nicht weiterzubringen als die Eltern, eine besonders negative Erfahrung darstellt.

Letztlich wird die Soziogenese der Geisteskrankheit von der Autorin in der oben beschriebenen einseitigen Bedingtheit abgelehnt: Sie müsse mindestens dahingehend erweitert werden, als Erkrankte schon früh im Sozialisationsprozeß innerhalb der Familie gestört worden seien. Die Ursachenforschung erfordere deshalb eine Analyse der Familienstruktur.

Diese Einschränkung von BERNDT wird durch viele gültige Untersuchungen insofern belegt, als psychische Störungen keineswegs nur in der Unterschicht auftreten, sondern daß psychische Fehlentwicklungen in sämtlichen sozialen Schichten anzutreffen sind (BLEULER et al. 1976, 480).

Eine von MILLER und MISHLER (1959, 5 f.) zitierte kritische Stellungnahme von REDLICH selbst (1957) zur New-Haven-Studie ergibt ein eindeutiges Ergebnis, nämlich, daß nicht die unterschiedlichen Prävalenzraten von ätiologischer Bedeutung seien, sondern daß die Häufung von Schizophrenen in der unteren Klasse überwiegend ihren Grund darin habe, daß Patienten unterer sozialer Schichten eine andere Behandlung erfahren und unterschiedliche Rehabilitationsmöglichkeiten haben.

Auch wird angenommen, daß die tatsächliche Morbidität weit über die in der New-Haven-Studie gefundene Häufung von behandelten psychisch Kranken in der Unterschicht hinausgehe (GLEISS et al. 1973).

Außerdem wird vermutet, daß die Ursachen von verzögerten Einweisungen bei Patienten der unteren sozialen Schichten sozialpsychologischer Natur sind:

- Schichtenspezifisches Krankheitsverhalten
- Soziale Distanz zwischen psychiatrischen Patienten und Institutionen
- Informationsmangel

Insgesamt herrsche in den unteren sozialen Schichten ein anderer Krankheitsbegriff vor. So bezeichnen in einer Untersuchung von DOHRENWEND u. CHING-SHONG (1967, 472) Personen der unteren Schichten ein größeres Maß psychischer Abweichungen als normal im Vergleich zu oberen Schichten, die sich eher an die psychiatrischen oder psychologischen Normalitätskriterien anlehnen. (Beispielsweise: Ängste, psychosomatische Beschwerden, "unangemessene" Aggressivität, Kontaktprobleme). Die Definition dessen, was psychisch krank ist, ist hingegen in der Unterschicht davon abhängig, ob man funktionstüchtig, d.h. arbeitsfähig bleibt oder nicht und davon, wie sehr durch psychopathologisches Verhalten andere Personen gefährdet werden.

Der Gang in die Psychiatrie ist qualitativ ein differenzierter sozialer Vorgang, dessen sozio-ökonomisches Bedingungsfeld von vielen epidemiologischen Forschungsansätzen mit ihren quantitativen Erhebungen in umfassender Weise vernachlässigt wird. Da die Kritik der einzelnen Studien den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, sollen hier nur die "systematischen Fehlerquellen" der "Methoden nicht-psychologischer" sozialer epidemiologischer Forschung zur Schichtenproblematik genannt werden. GLEISS (1980, 49 f.) stellt sie in übersichtlicher Form dar:

"- Die "Devianz-Toleranz", verstanden i.S. einer Leidenstoleranz ist bei Angehörigen der unteren sozialen Schichten viel größer als in oberen sozialen Schichten. Ein breites Spektrum absonderlicher oder außergewöhnlicher Verhaltensweisen - beispielsweise regelmäßiges Trinken, Brutalität, Nervosität und Kopfweh, Schlaflosigkeit und Tagträumereien - werden nicht als Zeichen psychischer Störungen begriffen, sondern sie gelten als normal und alltäglich. Kriterien für die Bestimmung von Verhalten als psychisch gestört oder verrückt, ist

nicht das subjektive Empfinden von Leiden, sind nicht die psychischen Konflikte, denen man ausgesetzt ist; sie reduzieren sich vielmehr auf die Frage, ob der Betroffene in der Lage ist, sich selbst bzw. seine Familie zu versorgen. Entscheidendes Kriterium ist also die Arbeitsfähigkeit des Mannes bzw. die Fähigkeit der Frau, den Haushalt zu führen (...).

- Die soziale Distanz gegenüber psychiatrischen Institutionen ist in den unteren sozialen Schichten größer als bei Angehörigen höherer sozialer Herkunft. Der Psychiatrie wird mit mehr Mißtrauen begegnet und psychiatrische Hilfen werden erst dann in Anspruch genommen, wenn andere Möglichkeiten nicht mehr gesehen werden (...). Die soziale Distanz geht dabei größtenteils auf die schlechten Erfahrungen zurück, die man entweder direkt oder indirekt mit psychiatrischen Institutionen gemacht hat. Hinzu kommt noch der geringere Wissensstand und die ungenügenden Informationen über die Möglichkeiten psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ein weiterer Aspekt der sozialen Distanz besteht in den Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken, sofern diese einmal etikettiert sind. Die Haltung psychiatrischen Patienten gegenüber ist rigider und ablehnender, teils aus Vorurteilen, teils wegen der geringeren materiellen Möglichkeiten, erkrankte Angehörige zu unterstützen und zu versorgen. Entsprechend wäre zu vermuten, daß die Stigmatisierungsängste bei Angehörigen der Unterschicht größer sind und damit auch der Druck, psychische Störungen zu verheimlichen. Ein Hinweis darauf kann darin gesehen werden, daß die Anzahl von Selbsteinweisungen bei Patienten höherer sozialer Schicht relativ hoch ist, während Patienten unterer sozialer Schichten meist gegen ihren Willen eingewiesen werden ... Entsprechend lassen sich auch die Ergebnisse derjenigen Untersucher interpretieren, die zu dem Ergebnis kamen, daß die Dauer der Symptome vor Behandlungsbeginn bei Unterschichtpatienten sehr viel länger ist, als bei Patienten höherer sozialer Herkunft (...)

- Das psychiatrische Versorgungssystem funktioniert in der Weise selektiv, daß Angehörige der unteren sozialen Schichten nur dann aufgenommen werden, wenn sie Symptome zeigen, die sozial auffällig und störend sind. Die Wartezeiten sind für Angehörige der unteren sozialen Schichten länger und auch der Anteil direkter Ablehnungen ist höher. Darüber hinaus stehen ihnen bestimmte psychiatrische Einrichtungen überhaupt nicht offen (vgl. GLEISS et al. 1973, 126 ff.)."

Die Ergebnisse der Midtown-Manhatten-Studie (LANGNER u. MICHAEL 1963), die mit einem sozialpsychologischen Stress-Konzept arbeitet, erbrachte, daß Personen unterer sozialer Schichtung nicht nur objektiv gegebenen insgesamten Mehrbelastungen ausgesetzt sind, die zu einem höheren Erkrankungsrisiko führen, sondern auch über weniger Techniken zu deren Bewältigung verfügen.

Das Ausmaß von Belastungen insgesamt der Arbeits- und Lebensbedingungen innerhalb der unterschiedlichen Klassen läßt sich wie folgt umschreiben:

1. In den unteren sozialen Schichten herrschen vor: Gestörte Heimverhältnisse, Scheidung oder Trennung der Eltern noch während des Schulalters der Kinder, wirtschaftliche Not, mangelnde finanzielle Reserven, schlechter körperlicher Gesundheitszustand, Mangel an Freunden, negative Einstellung zu den Kindern.

2. In den oberen sozialen Schichten wurden Belastungen, wie Streit mit den Eltern, Eheprobleme, große Sorgen um berufliches Fortkommen festgestellt.

3. Je niedriger die soziale Schicht, desto größer die Belastungsquellen.

4. Je größer das Ausmaß an Belastungen, desto größer ist auch die Wahrscheinlichkeit psychischer Erkrankung.

So wünschen Unterschichtpatienten auch eher schnelle Beseitigung der Symptome, um die alltäglichen Lebensprobleme wieder besser bewältigen zu können.

Vergleicht man nun diese amerikanischen Ergebnisse mit den in West-Berlin klinisch-psychiatrisch Behandelten aus insgesamt 17 Institutionen (Bez. Charlottenburg), so zeigt sich für eine Population von Patienten n = 212 folgende Schichtzugehörigkeit in Abhängigkeit von der Verweildauer (LEHMKUHL 1979, 49):

"Unter den Unterschichtpatienten befinden sich fast drei Viertel der Stichtagspopulation mit einer Verweildauer von mehr als einem Jahr und 50 % mit einer Verweildauer bis zu einem Jahr. Dagegen stellen Mittel- und Oberschichtpatienten die meisten kurz- und mittelfristigen Aufenthaltszeiträume, nämlich = anteilsmäßig fast dreimal so häufig (13,1 %) vertreten wie unter Langzeitkranken (4,6 %)."

Die sozialen Unterschiede im Gesundheitsstand der Bevolkerung lassen sich auch an der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit messen, die nach Befunden der Sozialepidemiologie in den Unterschichten weit höher als in der sozio-ökonomisch besser gestellten Schicht liegt. So liegt die Säuglingssterblichkeit und die Raten der Tuberkuloseerkrankungen in den Westberliner Arbeiterbezirken etwa 50 % höher als in Nicht-Arbeiterbezirken, wobei - bei den erfolgten bezirklichen Vergleichen - die sozialen Unterschiede noch eher nivelliert erscheinen (ABHÖLZ 1976, 184).

In einer Verlaufs- und sozialpsychiatrischen Langzeitstudie zur Schizophrenie (Bonner Erfahrungsgut n = 758) ist unter den dauerhospitalisierten Patienten (Volksschulversagen, gestörte Heimverhältnisse, prämorbide Kommunikationsstorung und schon prämorbide Zugehörigkeit zur Unterschicht gehäuft" festgestellt worden (HUBER et al. 1979, 374).

Zur Schichtabhängigkeit sollen nun folgende Problemfelder geklärt werden:

- Ergibt die Korrelation von Diagnose und sozialer Schicht weiterführende Aufschlüsse, z.B. Häufung von Schizophrenen in der untersten Schichtung?

- Ist die Dauerunterbringung von der Schwere der Erkrankung (Psychopathologie, Behinderung usw.) abhängig? oder vielmehr davon, daß die therapeutischen Aussichten und Rehabilitationschancen für die unteren Schichten am ungünstigsten sind, d.h. daß diese sozial am stärksten Benachteiligten eine größere Aussicht haben zur chronischen Krankenhauspopulation zu gehören (DILLING u. WEYERER 1978, 217).

- Die Verweildauer soll so in Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit untersucht werden.

- Zum anderen soll die stattgefundene Entlassung, der Verbleib oder die Mortalitätsrate anhand des Sozialgradienten überprüft werden.

1.2.2 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: Vom Fehlen bzw. Vorhandensein einer familialen Bezugsperson

Das Vorhandensein einer Familie oder eines Partners, die sich um den Patienten kümmern, kann von ausschlaggebender Bedeutung sein, um den chronisch Erkrankten bei seiner eventuellen stationären Entlassung oder beim Verbleib draußen zu unterstützen.

Unabhängig davon, ob eine familiale Bezugsperson vorhanden ist, die auch bereit ist, den Patienten zu ertragen, ist dessen soziale Anpassungsfähigkeit häufig der bestimmende Faktor für die mögliche Rückkehr in ein ehemaliges soziales Bezugsfeld.

So lassen sich hypothetisch zwei Patienten mit schizophrenen Endzuständen denken (wie es CIOMPI und MÜLLER 1976, 128 tun):

Der eine lebe längst entlassen mit der Gesamtheit seiner autistischen Verschrobenheit, seinen Manierismen, Stereotypien, Halluzinationen, Wahnideen, selbst mit leichten psycho-organischen Ausfällen als kauziger Sonderling in seiner Familie, pflege da intensiven, wenn auch schwierigen Umgang mit anderen seiner Umwelt und zeige eine gewisse Selbständigkeit im Gemeinschaftsleben, z.B. in kleineren Gelegenheitsarbeiten. - Dessen Lebensgestaltung- und qualität scheint so doch in erheblichem Maße vielfältiger und erfreulicher zu sein, als bei dem Patienten, der seit langem zurückgezogen, passiv und regressiv hochgradig abhängig von der Versorgung auf einer Chronikerstation oder einer vergleichbaren semi-stationär-betriebenen extramuralen Einrichtung sein Dasein fristet.

Das Sozialverhalten und die soziale Remission läßt sich in diesem hypostasierten Fall klar abgrenzen, obwohl - wieder hypothetisch - bei beiden in gleichem Maße die psychotische Symptomatik abgeklungen und sich der Residual-Zustand in nichts unterscheiden mag, hat der Patient, der ins soziale Netz seiner Familie fallen durfte, mehr Autonomie wieder erlangen oder sich erhalten können und führt dadurch ein menschenwürdigeres Dasein.

Gerade alleinstehende Männer erweisen sich in der Lebensbewältigung häufig hilfloser als Frauen und scheinen für psychische Erkrankungen eher hoch gefährdet zu sein, was sich über eine geschlechtsspezifische Analyse in der New-Haven-Studie (HOLLINGSHEAD und REDLICH 1975) abzeichnet: Es wurden besonders viele ledige Männer psychiatrisch behandelt, ferner ein überproportionaler Anteil geschiedener und verwitweter Männer.

Bei einer Gruppe von 102 psychotischen Patienten, unter denen sich 84 Frauen befanden, in einem sogenannten "home-treatment"-Programm in Finnland (siehe auch Kapitel I.2.1, S. 28) ließen sich in einem Zeitraum von vier Jahren erhebliche und mit den Jahren steigende Erfolge bezüglich klinischer Heilung, Rehabilitation, feststellen und dabei eine geringere Wiederaufnahmequote im Vergleich zu den nur in der Klinik behandelten Patienten nachweisen. In beiden Geschlechtsgruppen erschien die Prognose von verheirateten gegenüber alleinstehenden oder verwitweten Patienten günstiger (NISKANEN u. PIKHANEN 1971). - Dies gibt einen Hinweis darauf, daß Patienten - insbesondere Frauen - auch wenn sie psychiatrisch erkranken, wieder gut kompensiert draußen leben können, sofern sie sich in einem familialen Zusammenhang befinden und eine Nachbehandlung erfahren.

Zu den Dauerpatienten der Psychiatrie gehören auch in überdurchschnittlicher Häufigkeit die psychotischen Erkrankungen (schizophrene, affektive- und Alterspsychosen). Ist diese hohe Rate der chronisch psychotisch Erkrankten in stationärer Unterbringung nun davon abhängig, daß es bei diesen Menschen aufgrund ihrer prämorbiden Persönlichkeitsstruktur zu keinen tragfähigen Bindungen kommen konnte oder bestehende vorzeitig gelöst wurden?

Hinsichtlich dieser unterschiedlichen Gesichtspunkte werden folgende Fragen zur Rolle des sozialen Bezugsfeldes gestellt:

1. Welchen Einfluß hat a.) der Familienstand, b.) das Geschlecht auf die psychiatrisch chronische Verlaufsform der Erkrankung?

2. Wie sieht es mit der Fähigkeit zur Paarbildung aus? Gibt es geschlechts- und diagnosenspezifische Unterschiede?

3. Inwieweit wirkt sich eine tragfähige Partnerbeziehung auf den chronischen Verlauf aus?

4. Sind Kinder tragende Pfeiler des sozialen Bezugsfeldes von chronisch-psychiatrisch Erkrankten?

5. Ist eine mangelnde soziale Anpassungsfähigkeit Ausschlußgrund für eine Entlassung
   a) nach Hause in die Familie
   b) in eigene Mietwohnung
   c) in extramurale Einrichtung?

6. In welcher Weise können das soziale Verhalten und die autonomen Ich-Leistungen, die in einem Gemeinschaftsleben (z.B. in einer Familie) abverlangt werden, bei langjährig Hospitalisierten wieder geweckt, gefördert und gestützt werden?

Diese Fragenkomplexe sollen beispielhaft mit Hilfe der Einzelfallstatistik katamnestisch und spätkatamnestisch geklärt und diskutiert werden.

> The sooner patients can be removed from the depressing influence of hospital life the more rapid their convalescence.
>
> Charles H. Mayo
> 1865 - 1939

1.2.3 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: Von der Struktur psychiatrischer Institutionen

Im Jahr der Verlegungsaktion 1969 wird ein Buch veröffentlicht, das das Anstaltssystem - unter der Parteinahme der Patienten - als solches verurteilt, wobei es dem Autor nicht um "einzelne Fälle unmenschlicher Behandlung, sondern um das Anstaltssystem selbst, das diese Unmenschlichkeit hervorbringt", geht (FISCHER 1972, 14).

Dieses Buch "Irrenhäuser, Kranke klagen an" löste erhebliche Kontroversen aus und wurde so z.B. von kompetenter Seite als einseitig, als die psychiatrische Wirklichkeit verzerrend beurteilt, wobei die soziale Misere in den Anstalten vom Kritiker primär als Hypothek von historisch gewordenen Strukturen verstanden wurden (KUHLENKAMPF 1970, 152).

Inzwischen ist der Tatbestand, daß das Krankenhaus krank machen kann, insbesondere aber das psychiatrische Krankenhaus mit seiner Isolierungstendenz, was einer Potenzierung des seelischen Stresses gleichkommt, unbestritten.

Darüber hinaus wurde deutlich, daß die herrschende Einstellung gegenüber Geisteskranken gerade durch die Internierung in eine psychiatrische Einrichtung zu einem Stigma führt, das sich tief in die Psyche der Betroffenen einprägt und sich wesentlich in ihrem sozialen Verhalten niederschlägt (GOFFMAN 1975, 18 f.).

Welche pathogenen Momente innerhalb der Subkultur des Krankenhauses existieren, soll nun kurz vom sozialpsychologischen Standpunkt aus dargestellt werden.

Zunächst ist die klinische Atmosphäre durch eine Affektneutralität geprägt. Sie ist eine Verhaltensnorm, die - ohne Emotionalisierung erlaubend - eine sachgerechte "zügige Abwicklung" einer geforderten Aufgabenstellung ermöglicht. An diesem Punkt wird der "Leidende" insofern empfindlich getroffen, als er sich ohne emotionale Stütze seiner primären Bezugsgruppe befindet. Hinzu kommt, daß der Patient durch die stationäre Versorgung gezwungenermaßen noch stärker regrediert, was weitere emotionale Bedürfnisse weckt.

Zum anderen bedeutet die stationäre Aufnahme eine Auflösung der Zweierbeziehung Arzt/Patient. Statt dessen findet der Betroffene sich wieder in einem wenig durchschaubaren Beziehungsgefüge von therapeutisch Handelnden. Deren Aktionsformen sind hierarchisch gegliedert, wobei eine - auf Effizienz ausgerichtete und nicht an der Subjektivität des einzelnen orientierte - Kommando-Kommunikationsstruktur bzw. eine Hackordnung vorherrscht. Der Patient ist zwar der Profitierende dieser bürokratischen Ordnung, aber eben auch passives, inkompetentes Objekt, wobei ihm nichts anderes verbleibt, als sich den Anordnungen zu unterwerfen (ROHDE und ROHDE-DACHSER 1975, 58 ff.).

Die Situation des stationären Patienten generell ist die, daß er aus seinen normalen sozialen Bezügen herausgenommen einer Isolierung ausgesetzt ist. Der Patient, der sich regelhaft in einer Notsituation befindet, muß infolge der neuen Sozialbezüge eine erhebliche Anpassungsleistung vollbringen.

Der Patient erfährt durch die Übernahme der Krankenrolle einen Statusverlust. Die persönliche Identität bleibt kaum mehr gewahrt, Privates wird abgelegt (z.B. Kleidung). Der Patient regrediert zum Quasi-Kind, das sich durch Wohlverhalten auszuzeichnen hat. Neben dieser Statusdeprivation erleidet der Patient auch permanente Übergriffe bezüglich seiner persönlichen Intimsphäre. So wird der Patient ja ständig beobachtet, nicht nur vom klinischen Personal, das jederzeit Zugang zu seinem Raum, Schrank, seinen letzten verbliebenen persönlichen Dingen hat, sondern auch von den anderen Mitpatienten. - Die Vielfalt der Maßnahmen im Rahmen eines Behandlungsprogrammes führen den verunsicherten Patienten zu einer verstärkten Verunsicherung, die wiederum

anstauslösend ist. - Die Behandlung als Schwerkranker läßt den Patienten in mimetischer Übernahme dieser Rolle hypochondrisch mehr Symptome entwickeln, als ursprünglich real vorhanden (ROHDE und ROHDE-DACHSER 1975, 72).

Der Begriff der "totalen Institution" (Goffmann 1961) kann insbesondere auf Langzeiteinrichtungen angewandt werden, wo die Hospitalisierungsdauer zur wichtigsten Variablen wird. Der Entwicklung von psychischem Hospitalismus oder auch Institutionalismus (WING u. BROWN 1970) ist insbesondere der chronisch Kranke ausgesetzt.

Wie es zu den Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern kommt, beschreibt BARTON (1974), der die folgenden Erscheinungen als "Anstaltsneurose" bezeichnet.

Zusammenfassend stellt der Autor die Anstaltsneurose als (BARTON 1974, 75)

"Eine Krankheit (dar), die durch folgende Symptome charakterisiert wird: Apathie, Mangel an Initiative und Interesse, besonders außerhalb des persönlichen Bereiches, Unterwürfigkeit, offensichtliche Unfähigkeit, für die Zukunft zu planen, eine schwach ausgeprägte Persönlichkeit, manchmal auch charakteristische Haltungen und Bewegungen."

Differentialdiagnostisch lassen sich die Symptome von denen unterscheiden, wegen der der Patient ursprünglich in die stationäre Behandlung kam.

Die meisten Patienten leiden nach einem zweijährigen Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken an zweierlei Krankheiten: erstens an einer Schizophrenie; zweitens an einer Anstaltsneurose." (BARTON 1974, 75)

Deshalb soll die Anstaltsneurose als selbständiges Krankheitsbild betrachtet werden, da sie in allen anstaltsähnlichen Einrichtungen vorkommen kann:

- Nicht nur in psychiatrischen Kliniken, sondern auch z.B. in Kriegsgefangenenlagern, Waisenhäusern, Gefängnissen, TBC-Stationen, Flüchtlingslagern.

- Nicht alle Betroffenen erkranken daran.
- Rehabilitation läßt die Symptome verschwinden.
- Die Bewußtmachung dieser Störungen beim Krankenhauspersonal verhindert diese größtenteils.

Wenn die Familie eines schizophren Erkrankten z.B. bereit ist, den Patienten zu Hause zu betreuen, "verfällt und versandet er nicht im gleichen Ausmaß, wie in einem psychiatrischen Krankenhaus, besonders, wenn er dort in Riesenschlafsälen gehalten wird." (BARTON 1974, 76)

Die Ursachen des Anstaltssyndroms werden gesehen als

"1. Fehlender Kontakt zur Außenwelt
2. Erzwungene Untätigkeit und Verlust täglicher Verantwortung
3. Autoritäres Verhalten von Ärzten und Pflegepersonal
4. Verlust von Freunden, persönlichem Besitz und Privatleben
5. Medikamente
6. Anstaltsatmosphäre
7. Mangelnde Zukunftsaussichten außerhalb der Anstalt."
(BARTON 1974, 76)

Prognostisch betrachtet heißt das: "Die Anstaltsneurose (wird) so lange bestehen, wie der Patient in der Klinik bleibt und diese sich nicht ändert (Ausnahmen bestätigen die Regel)" (BARTON 1974, 76).

Wie derartigen pathogenen Auswirkungen der sozialen Umgebung entgegengewirkt werden kann, zeigt die älteste therapeutische Gemeinschaft in Belgien: Seit Jahrhunderten wird in Gheel den gesunden Aspekten von chronisch psychisch Kranken und Behinderten eine Chance gegeben. Heute leben 1.300 chronisch kranke Patienten in Gastfamilien in einer normalen Umgebung, unter normalen Umständen.

"Eine nicht von der Hand zu weisende Tatsache zeigt, daß alle Patienten - unabhängig von der subtilen Vorgehensweise - die Unterbringung in ein psychiatrisches Hospital als schwere Strafe erleben und es viel eher vorzögen, bei ihrer Gastfamilie und in der Gheel-Gemeinschaft zu bleiben, als in einer Institution, selbst wenn diese

eine sehr menschliche Umgebung, gutes Essen, optimale Betreuung anbietet. Die unterschiedlichen Störungen und Handicaps hindern nicht die einhellige Überzeugung der Patienten, daß eine Institution in jedem Fall eine Institution bleibt" (ROOSENS 1979, 189; Übersetzung der Verfasserin).

Fehlplazierung von nicht mehr Krankenhausbedürftigen und Chancenungleichheit von stationär psychischen Patienten werden primär als Produkt stuktureller und nicht nur historisch zu verstehender Mängel im Gesundheitswesen angesehen (STEINGRÜBER et al. 1975, 213).

Dabei haben die chronischen Patienten in psychiatrischen Kliniken den niedrigsten Status. Noch heute müssen diese in einigen Großkrankenhäusern reguläre Dienste ohne angemessenes Entgelt leisten (REIMER 1979, 7). Diese "untherapeutische Abhängigkeit von der Ökonomie des Krankenhauses" behindert nicht nur die rehabilitative Blickrichtung, sondern lädt außerdem "das berechtigte Odium einer Ausbeutung der Kranken auf sich" (KUHLENKAMPF 1970, 151).

Die klassischen psychiatrischen Erkrankungen können selbst mit allen verfügbaren sozialpsychiatrischen Intentionen nicht aus der Welt geschafft werden, sind somit die chronischen Leiden geblieben, aber

"Diejenigen Kranken, die heutzutage chronisch werden, werden es nur ganz ausnahmsweise in dem Sinne, daß sie ihr ganzes Leben in einer Institution verbringen müssen ... Der früher existierende Abgrund zwischen akut und chronisch hat heutzutage wenig Sinn, umsoweniger, als die jetzt zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten für die "Chronischen" ebenso wichtig sind, wie für die Akuten. Eine Sequestrierung der Chronischen in therapeutisch weniger aktiven Sonderinstitutionen ist nicht nur inhuman, sondern auch zweckwidrig" (STRÖMGREN 1970).1)

Infolge der notwendig gewordenen Strukturreform stellte sich die Frage nach der Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser. Kritisch gesehen würde das psychiatrische Versorgungssystem jedoch nicht erst bei

---

1) Vortrag auf dem Kongreß der DGPN in Bad Nauheim

Erscheinen der Enquête zur Lage der Psychiatrie (1976). Diese bemängelte u.a. die übermäßige Größe der bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser, die die Funktionsfähigkeit als therapeutisches "Glied in einer weit in die Gemeinde reichende Rehabilitationskette" (S.205) behindere.

Dezentralisierungsbemühungen gab es nämlich schon aller Orten einige Jahre zuvor, so auch in Berlin. Im Rahmen von neuen Organisationsformen wurde 1969 an einer städtischen Fachklinik eine neurologisch-psychiatrische Abteilung eröffnet: die hier benannte kleinere Klinikeinheit, auf deren "chronische" Station Chroniker mit teilweise jahrzehntelangen Verweilzeiträumen aus einer Berliner Großklinik verlegt worden waren. - Der Versorgungsschwerpunkt dieser Dauerpatienten lag so zwar weiterhin in einer stationären psychiatrischen Einrichtung, die aber bezüglich ihrer therapeutischen Zielsetzung diesen Langzeitpatienten eine rehabilitative Chance anbieten sollte, nicht zuletzt über die Einbindung in andere, auch ambulante Versorgungsdienste, die im Verlauf von 10 Jahren entwickelt werden konnten (den Forderungen der WHO-Konferenz 1978 vorausgreifend).

Aus diesen skizzenhaften Ausführungen lassen sich folgende Untersuchungsansätze in Frageform formulieren:

1. Wie kann eine institutionelle Isolierung von chronisch psychiatrischen Patienten aufgelockert werden? Wie sinnvoll zeigt sich hierbei im Ergebnis die Verlegung von Patienten einer Großklinik in eine kleinere Klinikeinheit, um dieser Isolierung zu entgehen und auch anderen Hospitalisierungsschäden entgegenzuwirken?

2. Welche Faktoren können schon während des stationären Aufenthaltes einer sozialen Integration von langfristig Hospitalisierten (unter Berücksichtigung der Berliner Verhältnisse) förderlich sein:

   - Welche nichtmedikamentösen Behandlungsformen und Maßnahmen dienen der Aktivierung?
   - Sind alte Bezugsfelder zugänglich? Können alte Kontakte zu Familie und Umwelt wieder hergestellt werden? Wie sieht es mit der Kontaktfähigkeit der Patienten aus?

- Sind Kontakte außerhalb der Klinik überhaupt ausschlaggebend für eine stationäre Entlassung?
- Ist eine Einstellungsänderung des klinischen Personals notwendig, um ein vermehrtes Selbständigwerden der Patienten zu initiieren?
- Dient desweiteren die Umwandlung einer Station (mehr Freizügigkeit, gemütlichere Atmosphäre, mehr Einrichtungs- Funktionsgegenstände) primär einer verbesserten Lebensqualität für die Verbliebenen oder dient sie auch rehabilitativen Zwecken?
- Welche Möglichkeiten bestehen, um dem Wunsch nach mehr Privatheit des Einzelnen zu entsprechen?
- Ist die medikamentöse Behandlung unverzichtbares Element stationärer Versorgung? Können sich Patienten notfalls auch selbst medikamentös betreuen?
- Gibt es eine Perspektive für ein zukünftiges extramurales Leben? Kann der Aufbau von eigenverantwortlichen Tätigkeiten, vermehrte Wohnmöglichkeiten außerhalb der Klinik eine derartige Perspektive einleiten? Welche weiteren Voraussetzungen planungsmäßiger Art sind notwendig, diese Maßnahmen voranzutreiben und zu flankieren?

3. Sieht man die soziale Prognose in Zusammenhang mit der Verweildauer, so stellt sich die Frage, inwieweit Patienten bei Entlassungswünschen nach der Verlegung aus der Großklinik in die kleinere Klinikeinheit unterstützt wurden.

"Je größer eine Einrichtung ... desto eher zeigt sich ein Trend zu erhöhter Verweildauer" (ENQUÊTE 1976, 205).

Im Hinblick auf die "Größe" der kleineren Klinikeinheit (zunächst von 0 bis 350 Betten) kann man davon ausgehen, daß es innerhalb der 10 Jahre vermehrt zu Entlassungen gekommen ist:

- Gab es nach der Verlegung erste Entlassungsschübe?
- Blieb danach die Gruppe stabil?
- Nach Zeit des "Gewährenlassens": erneute Entlassungen ?

4. Ist das soziale Eingebundensein einzige rehabilitative Chance?

   - Konnten die Entlassenen draußen verbleiben oder fehlte eine entsprechende nachsorgende Betreuung, um sie stabil zu halten?
   - Wie sieht im Vergleich zu Italien der ambulante psychiatrische Dienst aus? (Dort gut integrierter Dienst)

1.3 Italienische Psychiatriereform am Beispiel Triests im Vergleich zur Lage der deutschen Psychiatrie, insbesondere West-Berlins

In der Darstellung dieses Untersuchungsansatzes sollen vorab die die italienische Psychiatrie radikal umwälzenden Bedingungen bzw. die Verhältnisse nach der Psychiatriereform am Beispiel Triests (zwischen 1971 bis 1978) und die Lage der deutschen Psychiatrie, insbesondere West-Berlins (bis 1978/79) skizziert werden. Dieser Vergleich wurde u.a. gewählt, da in beiden Städten ähnliche soziale Verhältnisse existieren, so wenigstens in Abhebung von den anderen italienischen oder westdeutschen Städten.

Die italienische Psychiatriereform hat bekanntermaßen 1971 in Triest begonnen, als dort die Tore der psychiatrischen Anstalt geöffnet wurden und es allen Patienten freistand, die Anstalt zu verlassen oder auf dem Spitalgelände zu verbleiben.

Die Stadt Triest[1)] und Provinz Triest umfaßt 300.000 Einwohner. Im letzten Jahrhundert war Triest eine noch blühende Handelsstadt mit Schiffswerften. Im Laufe der Zeit, insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg, wurde die Bedeutung der Stadt immer geringer. Aufgrund der Nähe

---

1) Ich beziehe mich zunächst in den folgenden Ausführungen zu großen Teilen auf eine unveröffentlichte Dissertation von Barbara Schmid: "Eine katamnestische Untersuchung von 90 Langzeitpatienten am psychiatrischen Provinzspital von Triest" (Zürich, 1979).

zur jugoslawischen Grenze gibt es nunmehr wenig Handel, wenig Industrie, d.h. auch weniger Arbeitsplätze. Alle, die die Möglichkeit haben, Triest zu verlassen, wandern ab in die großen Industriestädte. Triest wird als sterbende Stadt betrachtet, in der die Überalterung steigt, die sozialen Probleme zunehmen: Es gibt Ghettos von jugoslawischen Flüchtlingen, zahlreiche Arbeitslose, Rentner, Kriminalität, Alkoholismus.

Auch Berlin wird wegen seines politischen Inseldaseins - trotz hoher Unterstützung durch die BR-Deutschland - als sterbende Stadt charakterisiert, die überaltert ist, weil viele abgewandert sind (zwischendurch kommt junges Blut nach, zumindest zu Studienzwecken). Ähnlich wie Triest hat auch Berlin noch eine Reihe anderer sozialer Probleme, im Vergleich zu Städten in der BRD: Eine überhöhte Anzahl Alkohol- und Drogenabhängiger, Flüchtlingslager, Ausländerproblematik usw. - Darüber hinaus gibt es noch weniger als in Triest ein "soziales" Hinterland.

Das psychiatrische Spital von Triest wurde um 1900 gebaut und galt mit seiner baulichen Konzeption (Pavillons, wie ein Dorf gestaffelt, mit Hauptstraße, größeren und kleineren Häusern, Kirche etc.) als eines der fortschrittlichsten Spitäler Italiens. Desgleichen wurden die hygienischen Verhältnisse und das Essen im Vergleich zu anderen italienischen Spitälern gelobt. - Eine Grünzone, die die Mauer umringt, trennt das Spital von der übrigen Stadt. Die einzelnen Pavillons enthalten 20 bis 200 Betten, insgesamt 1.250. - Im Juli 1971 waren 1.101 Betten belegt.

Hinsichtlich therapeutischer Maßnahmen und Atmosphäre in den unterschiedlichen Abteilungen war das Spital Triest jedoch - wie alle staatlichen psychiatrischen Spitäler - auf dem Stand von 1900.

"Behandelt" wurde primär in Form hoher Medikamentengaben und Elektroschocks. 270 Patienten waren arbeitstherapeutisch tätig (10 Mark Entgelt monatlich und 30 Packungen Zigaretten); 15 Patienten machten Tonarbeiten; 5 - 6 Mann bildeten ein Orchester; 32 Patienten durften 2 Stunden wöchentlich turnen. Im Jahr wurden vier Feste organisiert; einmal in der Woche ein Film gezeigt.

Die Pfleger, die von den Ärzten kaum unterstützt wurden (Mindestpräsenzzeit des Arztes 3 Stunden 5 Tage in der Woche) wagten wenig persönliche Beziehungen aufzubauen, weil sie von den anderen Kollegen ausgelacht oder kaltgestellt wurden . - Die Verlegung in Gitterbetten bzw. in Isolierzimmer wurden bei der geringsten Aufsässigkeit als Strafaktion eingesetzt. So blieben einige jüngere kräftigere Patienten über Tage und Wochen gebunden oder in der Isolierzelle eingeschlossen. - Auch die Ärzte waren unter den gegebenen Umständen hilflos: Die Arbeit wurde schlecht bezahlt, deshalb betrieben die meisten eine - vom Gesetzgeber erlaubte - Privatpraxis.

Diese skandalösen Zustände verschärften die vorhandenen Widersprüche und lieferten den Nährboden für drastische Entwicklungen, die durch größere Bewegungen außerhalb der Psychiatrie ab 1968 mitgetragen wurden. Die Zustände innerhalb der Psychiatrie wurden ab dann von einzelnen Fachleuten öffentlich angeprangert, wobei auch größere gesellschaftliche Zusammenhänge aufgezeigt wurden (BASAGLIA 1973, 122): Hierarchisches Gefälle, Ausschließungsmechanismus, Abschieben von unproduktiven Randgruppen. Auch von linker Seite wurde zumindest eine theoretische Unterstützung gewährt.

Das erste Experiment in Görz, in der BASAGLIA das gesamte Spital mit Hilfe einer "Equipe" in therapeutischen Gemeinschaften reorganisierte, scheiterte jedoch - bezüglich einer weiteren Öffnung - an der Stadtverwaltung, was zu BASAGLIA'S Entlassung führte.

1971 wurde BASAGLIA - als einer der wenigen Psychiater, der eine praktische Alternative entwarf unter der mehrheitlichen Democratia Cristiana (an der Spitze des in Paris ausgebildeten Soziologen ZANETTI) als Direktor an das psychiatrische Spital berufen. BASAGLIA'S klares Programm: Aufhebung der psychiatrischen Institution und Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung im "centri salute mentale" wurde eindeutig durch eine Partei unterstützt, die sich auf eine gesicherte Wählerschaft beziehen konnte. Nur so ist der "Galopp durch die Institutionen" (BASAGLIA) erklärbar.

Die grundlegenden strukturellen und politischen Veränderungen betrafen einmal die Sektorisierung, zum anderen die rechtliche Stellung der Patienten.

1971 wurde das Spital in 5 übersichtliche Zonen unterteilt, entsprechend den 5 Provinzgebieten Triests: Jede Zone hatte ihre feste "Equipe", die sich aus Oberarzt, Assistenzärzten, Pflegern, Sozialarbeitern und freiwilligen Helfern zusammensetzte. - Gewöhnlich kam es zu keinem Wechsel innerhalb der Equipe, so daß die Gruppen durch die täglichen Konflikte und Auseinandersetzungen und die "Einigung über die Krise".1) Mit dem wachsenden Vertrauen und der Einsicht in Rollenverhalten konnten die hierarchischen Strukturen immer besser durchschaubar gemacht und in Frage gestellt werden.

Die Sektorisierung stellte erste Voraussetzungen zur Öffnung des Spitals dar, da sie es ermöglichte, in einem überschaubaren Gebiet politische Gegebenheiten zu analysieren, persönliche Kontakte zu knüpfen mit Parteien, sozialen Institutionen, Quartiervereinigungen, so daß in der Folge das Außenzentrum bewilligt wurde: Ziel war nicht eine anonyme Institution, sondern jedem Bewohner des betreffenden Quartiers wurde Einfluß und Mitbestimmungsrecht eingeräumt. - Die Sektorisierung ermöglichte auch, daß der Patient bei Wiedereintritt aufgrund einer erneuten Krise die gleichen Personen antraf, die ihn kannten und sich für ihn verantwortlich fühlten. So konnten im Verlauf konstruktive Beziehungen aufgebaut werden.

Bis 1968 war die rechtliche Stellung des psychiatrischen Patienten die eines "coatto" einer bevormundeten Person. Das auf 1904 zurückgehende Gesetz, was für damalige Verhältnisse fortschrittlich war, stellt ein Recht dar, in einem Irrenhaus behandelt zu werden, sofern sich die Person selbst oder fremdgefährdete. Nach diesem ehemaligen Gesetz wurde der Patient jedoch auch automatisch seine zivilen Rechte los: Er wird mit der Zwangseinweisung auch bevormundet, letztlich entmündigt. Die neue, 1968 geschaffene Gesetzgebung für die italienische Psychiatrie betraf folgende Punkte:

- Erleichterung der Aufhebung der Bevormundung

---

1) Lindemann, K. im Interview 1980 mit einer Kollegin von Basaglia (unveröffentlichtes SFB-Skript: Psychiatrie im Wandel III, 1982, 10).

- Die Möglichkeit, freiwillig als "volontario", also nicht "coatto", in ein psychiatrisches Spital aufgenommen zu werden

- Die Höchstzahl in einem psychiatrischen Spital wurde auf 500 Plätze beschränkt (es gibt Großkliniken mit 4.000 Betten)

- Der Bau von psychiatrischen Spitälern sollte auch in unterentwickelten Gebieten vorangetrieben werden. So gab es im italienischen Süden primär private psychiatrische Spitäler. Wer sich diese nicht leisten konnte, schickte seine Angehörigen in den Norden, um sie nie mehr wiederzusehen.

Bis 1978 hat sich trotz Gesetzgebung wenig geändert: Der Bau neuer Spitäler hat keinen finanziellen Boden. Die Aufteilung in kleinere Spitäler existiert zwar auf dem Papier. - Die Aufhebung des Status "coatto" geschieht nur in den wenigen Spitälern, in denen die Ärzte daran ein Interesse haben.

Für Triest und BASAGLIA war diese Neuregelung jedoch von ausschlaggebender Bedeutung für die Öffnung des Spitals: u.a. darf sich eine bevormundete Person nicht vom Spitalareal entfernen. Der erste Schritt galt deshalb möglichst schnell und viele der Anträge zum Status "volontari" bei der Justizbehörde durchzusetzen. 1977 waren nur noch etwa 20 Personen des Spitals "coatto".

Die schrittweise Ablösung vieler Langzeitpatienten wurde durch eine weitere juristische Grundlage, den Status des "Gastes" ("Ospite") nicht unerheblich erleichtert. Die Figur des "Gastes" ist eine vom Spital entlassene oder gar nicht aufgenommene Person, die die rechtliche Möglichkeit hat, auf dem Spitalareal zu wohnen oder in einem Zentrum zu essen und außerdem ein Anrecht auf finanzielle Unterstützung hat.

Die Situation des weder juristisch noch menschlich für sich selbst verantwortlichen Patienten wird außerdem durch ein Übereinkommen abgebaut, als es in Triest keine Patienten, sondern nur noch "utenti", d.h. Benutzer der psychiatrischen Institutionen gibt.

Da im Rahmen dieser Arbeit nicht die gesamten italienischen Psychiatrie-Reform-Bemühungen und Erfolge im Detail dargestellt werden können, soll nun die folgende tabellarische Chronik der äußeren Veränderungen ein Bild der Entwicklung zwischen 1971 und 1978 vermitteln.[1)]

1971

- Im Spital sind 1.200 Personen, davon 840 bevormundet.
- Bilden von Gesprächsgruppen auf den Abteilungen. Ihr Ziel ist die Öffnung und Aufhebung der Abteilungen.
- Beginn der Versammlungen, die durch diese Gesprächsgruppen stimuliert wurden.
- Erste Männerabteilungen werden geöffnet.
- Bar in der Männeraufnahmestation.
- 3 Reisen ins Friulu (Ferienort in Norditalien).

1972

- Öffentliche Untersuchung der "Anione province italiane" über die psychiatrische Versorgung.
- Sektorisierung und Bilden der Equipes innerhalb des Spitals. Aufhebung der Organisation des Spitals nach Abteilungen.
- Vertrag und Gespräche mit einer Holzfabrik für neue Kästen im Spital.
- Erste gemischte Abteilung.
- Die Langzeitabteilung P wird geschlossen.
- Spitalpraktikum für Pädagogik-Studenten von Triest.
- Weiterbildungskurse (3 Monate) für Pflegepersonal aus Ravenna.
- Ausflüge ins Friuli mit Patienten.
- Im Herbst erstes öffentliches Fest im "campo sportivo".
- Beginn der Diskussion über "Recht auf Arbeit" und über die Möglichkeit der "Cooperativa".

1973

- Die Figur des Gastes wird gesetzlich anerkannt.
- Triest wird von der WHO als Untersuchungsobjekt auserwählt für die psychiatrische Versorgung.
- Vertrag zwischen ECA (Altersheime, Altersversorgung) und Provinz, um "G. Gozzi" (öffentliche Schlafstelle) neu zu organisieren.
- Marco Cavallo
- Organisation von Filmvorführungen für Patienten und Bevölkerung im Kino "Asta".
- Öffentliche Diskussionen in verschiedenen Gremien.
- Diskussionen mit Gewerkschaft der öffentlichen Dienste.

---

1) Aus R. Davis: l'esperienza di un appartamento contro l'istitutione totale e per l'inserimenro Sociale (ergänzt und übersetzt von B. Schmidt in: unveröffentlichte Dissertation, Zürich 1979, 121 f.).

1974

Die "Cooperativa lavoratori riuniti" wird juristisch anerkannt. Bis jetzt machen etwa 70 ehemalige Patienten mit.
Die Abteilungen O, B, T, C werden geschlossen.

Intensierung der Diskussionen in öffentlichen Gremien, Quartiersvereinigungen.

- Organisation von Konzerten, Aufführungen, Filmen; eines Tagesheimes für Vorschulkinder auf dem Spitalareal.
- Wohngruppen in der - ex direzione (8 - 10 Personen)
  - casa domenicale (12 Gruppen von 2 - 5 Personen)

  Die Gruppen werden zunehmend autonomer, das Pflegepersonal ist nur noch während dem Essen anwesend. 4 kleinere Häuser (casette) werden von "Gästen" autonom geführt, im "Ralli" (großes Haus) nur noch autonome "Gäste".

1975

- Erste Außenzentren treten in Funktion:
  3. Zone: Barcola und Aurisinia
  4. Zone: Via Gambini
  5. Zone: Muggia
- Villa Fulcis (Belluno, Norditalien) wird als Ferienort gemietet.
- Erste Wohngemeinschaft in der Stadt mit 6 Personen.
- Es kommt Pflegepersonal zu Studienaufenthalten aus Modena, Ravenna, Volterra, Lessari, Pordenone, daneben Studenten aus Italien und verschiedenen anderen Ländern.

1976

- Beginn der von der EWG bejahten Gruppen zur Reintegration der Langzeitpatienten.
- Trieste macht mit beim Projekt des CNR (Rotes Kreuz) für die Prävention der Geisteskrankheiten.
- Außenzentrum der 1. Zone in Via Udine wird eröffnet.
- 7 Wohngruppen mit total 39 ehemaligen Patienten und wechselnd starker Betreuung entstehen.

1977

- Schließung des Spitals im September.
- "3. Réseau Internationale di Alternativa alla Psichiatria".
- Außenzentrum der 2. Zone in Via della guardia wird eröffnet.
- Notfalldienst (medico reperibile) wird organisiert.
- 8 Wohngruppen in der Stadt entstehen neu mit total 37 ehemaligen Patienten und verschieden starker Betreuung.

1978

- Hausbesetzung (als Verzweiflungsakt).
- verschiedene Ärzte übernehmen führende Stellen an anderen psychiatrischen Spitälern.
- "Marco Cavallo" geht nach Venedig.
- Neues Psychiatriegesetz (legge 180).
- Kampf des Pflegepersonals um offizielle Anerkennung ihrer Arbeit.
- Ausbau der Zentren aufgrund des neuen Gesetzes (mehr Personal etc.).

In Triest ging man davon aus, daß durch den Aufbau eines Netzes von ambulanten Außenzentren und eine gut ausgebaute Familienberatung die psychiatrische Versorgung selbst auch von akuten Patienten garantiert werden kann. Stationäre Aufenthalte werden so umgangen oder zumindest auf ein Minimum reduziert.

- Weitere Vorteile bestanden darin, daß durch Hausbesuche Öffentlichkeitsarbeit, personelle Kontinuität die Möglichkeit von informellen Kontakten zwischen Mitarbeitern der Außenzentren und der Bevölkerung gefördert wurden. Die Schwelle für sich oder für andere psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird dadurch erniedrigt. Krisensituationen können so vor einem großen Zusammenbruch gemeinsam abgefangen werden: psychiatrische Hilfestellung, also nicht nur Feuerwehreinsatz, sondern mit präventivem Charakter.

- Durch geringere institutionalisierte Sachzwänge (Arztvisite, Arbeitsschicht, Sauberkeit, geregeltes Essen und Besuchszeiten) ist die Rolle der Mitarbeiter weniger starr definiert. Dieser neue Freiraum ist gekoppelt an den Anspruch sowohl hierarchischer Rollenkonflikte und Kompetenzverteilung als auch bürokratische Engstirnigkeit abzubauen oder sie nicht zu beachten. Eine auf reale Probleme bezogene menschliche und kreative Arbeitsatmosphäre wirkt sich auch förderlich auf die Patienten aus (SCHMID 1979, 28).

Zur Bilanz der Psychiatrie in Triest 1978 läßt sich folgendes sagen:

- Die psychiatrische Versorgung ist ganz dezentralisiert. Es bestehen 6 Außenzentren in den verschiedenen Sektoren der Stadt und Provinz, teilweise mit voneinander unabhängigen Entwicklungen. Die

psychiatrischen Aufnahmen laufen über ein Zentrum, das über Betten verfügt und in das von den anderen Zentren Pflegepersonal für die Nachtschichten abgesandt werden. Des weiteren arbeitet ein 24-Stunden-Notfalldienst mit dem Akutspital zusammen.

- Im psychiatrischen Spital leben noch ca. 200 Personen (von ursprünglich 1.250): die Mehrzahl davon in autonomen WGs. Neuaufnahmen ins psychiatrische Spital gibt es nicht mehr. - 3 Außenzentren haben keine Betten, die anderen nicht mehr als 20. Bei zwei weiteren nicht-privaten psychiatrischen Kliniken in Triest konnten weder eine erhöhte Bettenzahl noch eine erhöhte Aufnahmerate im Vergleich zu 1977 festgestellt werden.

- Die psychiatrische Arbeit mit den Patienten findet im Schoß ihrer Familie oder auch im Gespräch im Zentrum statt.

- Die Kosten für die Psychiatrie insgesamt sind unter Einbezug der Inflationsrate seit 1971 um 12 % gesunken.

- Die Kosten für die Medikamente reduzierten sich um 37 % gegenüber 1971, die Hälfte entfällt auf Nicht-Psychopharmaka.

Zu den offenen Fragen gehört die:

- Gesellschaftliche Integration ehemaliger Patienten. So blieb die Einstellung der Bevölkerung trotz großer Einsätze von Massenmedien weiterhin sehr ambivalent: Es gab sehr tolerante, aber auch sehr abwehrende Einstellung zur Psychiatrieproblematik.

- Eines wurde jedoch klar, daß es praktisch unmöglich ist, für Psychiatrie-Patienten eine Wohnung und eine Arbeit in der Stadt zu finden. Die Langzeitpatienten befinden sich deshalb auch primär in den autonomen WGs auf dem Spitalareal.

- Ein weiterhin offenes Problem besteht darin, daß das Pflegepersonal gesetzlich nur soviel Verantwortung übernehmen kann, als ihnen vom Oberarzt, der die Verantwortung vor dem Gesetz trägt, zuer-

kannt wird. Das, was das Pflegepersonal in den letzten 7 Jahren gelernt hat, wird auf keine Art offiziell anerkannt.

Mittel- und Oberschicht-Ärzte können zwar kurzfristig Veränderungen in der Psychiatrie vorantreiben, aber für die längerfristige und tiefer gehenden Veränderungen sind sie auf die volle Mitarbeit des Pflegepersonals angewiesen, die vorwiegend, wie die meisten Patienten, aus der Unterschicht stammen. Diese realen Widersprüche bleiben bestehen (SCHMID 1979, 38).

- Die sich neu bildenden "chronischen utenti" der verschiedenen Zentren entwickelten unterschiedliche Abhängigkeitsgrade von diesen. Allerdings besteht ein wesentlicher Unterschied darin, als sie nicht im Spital interniert sind, sondern in ihrem eigenen sozialen Milieu leben, so daß kein Bruch in ihrem früheren sozialen Bezugsfeld eintritt.

- Für die existentiellen Fragen und das Zerbrochensein der Patienten haben die Mitarbeiter der Außenzentren in der täglichen Routine nur anpassende und Widersprüche eher verschleiernde Antworten, was sich in der fortlaufenden Rollenkrise der Mitarbeiter spiegelt (SCHMID 1979, 39).

Die Einfachheit[1)] und die politische Qualität einer Gesetzgebung - die zur Schließung der Anstalten führte - wie sie sich eben mit der Hauptabstimmung im Rücken durchsetzen läßt, erregte in der BRD primär als "Chaotengesetz" Aufsehen.

Die Problematik der medizinischen Versorgung, die Widersprüche innerhalb des deutschen Gesundheitssystems, die Verstrickung von versicherungsrechtlichen sozial-medizinischen und marktwirtschaftlichen Grundsätzen machen eine derartige radikale Entwicklung unmöglich.

---

1) Ich beziehe mich bei dem nun folgenden Vergleich zwischen Italien und BRD auf ein unveröffentlichtes Skript einer Radio-Sendung im SFB "Psychiatrie im Wandel III" (LINDEMANN 1980, 24 ff.); hierbei möchte ich dem Autor herzlich für die Überlassung des Skriptes danken.

So ist die monatelange Detektivarbeit um die Identitätskrise eines jungen Psychotikers für bundesrepublikanische Verhältnisse undenkbar. - Bei uns schätzt man sich glücklich, wenn man mal eine Viertelstunde Zeit für ein Einzelgespräch mit dem Patienten hat.

Tätigkeiten wie Pflege und Verwahrung machen in deutschen Kliniken - bezieht man den dazugehörigen Verwaltungsaufwand noch mit ein - häufig 90 % der psychiatrischen Arbeit aus. Diese Bereiche gehören nun nicht mehr zum Aufgabengebiet der italienischen Psychiatrie, vielmehr nehmen die Hilfestellungen bei praktischen Problemen im sozialen Umfeld den wesentlichen Anteil der Kraft in Anspruch.

Andererseits brauchen viel weniger Patienten eine intensive Betreuung als man in Deutschland vermutet. Die 6 Betten in San Vito in Triest reichen absolut aus für einen Wohnbezirk mit 60.000 Einwohnern. Durch die Einbeziehung der Pfleger vervielfacht sich das therapeutische Personal. Zwei Drittel der Mitarbeiter sind so ausschließlich für die Probleme der "utenti" da.

Es geht um zwei grundsätzliche unterschiedliche Auffassungen: Die progressiven Italiener lehnen psychiatrische Kliniken grundsätzlich ab als einen Ort, der nur Mißstände verschleiert, Mißverständnisse fördert und der vom Mythos der Rehabilitation lebt. Dieser Ort nährt seelische Verwahrlosung, verlängert Krankheiten, schafft durch ein sich selbst verstärkendes System von Diagnose, Kontrolle und Entmündigung Krankheitsbilder, die wichtiger werden als der Kranke selbst. So wird das Vermerken von Symptomen in der Krankenkartei als für so bedeutsam wie Erbsenzählen gehalten.

Demgegenüber steht der juristische und moralische Begriff der Verantwortung der psychiatrisch Tätigen in der traditionellen (auch deutschen) Psychiatrie:

"Man kämpft gegen die Krankheit an wie gegen eine Infektion oder eine Allergie; die Grundhaltung ist prohibitiv, man will verhüten, will den Kranken gegen seine Lebensumstände schützen" (LINDEMANN 1982, 27).

Für die Italiener jedoch gilt: Psychisches Leiden ist Krankheit, aber Krankheit wird als Krise verstanden und muß als Erfahrung erlebt werden. D.h., Krankheit gehört ebenso wie andere Erfahrungen zum Leben, aber Lebenserfahrungen sind nicht immer gute Erfahrungen.

Um diesen kummervollen Bestandteil des Lebens zu erleichtern, dient der alltägliche Versuch, dem Kranken das Leben in seiner Umgebung zu ermöglichen. Dazu gehört:

- seine Schulden zu bezahlen
- eine Sache mit der Polizei in Ordnung zu bringen
- ihm zu helfen aus einem privaten Dilemma herauszukommen
- zu erreichen, daß er seine Krise so erträglich wie möglich durchsteht
- möglichst wenig leidet und wenig Schaden nimmt, d.h. ihn vor einem Klinikaufenthalt zu schützen, der dazu führt, seine soziale Identität zu schwächen und sich als Ein-Bruch in seiner Lebensgeschichte auswirkt.

Im Kursbuch 28 (1972, 7) werden von WOLFF u. HARTUNG einige absolute Zahlen bezüglich des 'psychiatrischen Elends' in der BRD aufgeführt. Das stellt sich folgendermaßen dar:

"In der BRD gibt es gegenwärtig:
ca. 600.000 Psychotiker allein des schizophrenen Formenkreises
ca. 1.000.000 Alkoholiker
ca. 7.000.000 behandlungsbedürftige Neurotiker
(Soz. Psych. Inf. Nr. 4, 1971, S. 3)

An jedem beliebigen Stichtag sind von 10.000 Bundesbürgern:
19 in einer psychiatrischen Anstalt (= 116.000); davon
50 % auf richterlichen Beschluß (Zwangseinweisung)
12,5 % von ihnen lebenslänglich hospitalisiert
(Spiegel, Nr. 31, Juli 1971)

Und weiter:
67 psychiatrische Landeskrankenhäuser haben rund 79.000 Betten
41 von ihnen umfassen mehr als 1.000 Betten
(WHO-Forderung: ein Limit von 400)
50.000 Betten verschiedener Kliniken freier Wohlfahrtsträger
(Bauer/Richartz, in: Soz. Psych. Inf. Nr. 4, 1971, S. 4)

Das bedeutet:
1 Bett für 543 potentielle Patienten (Schlüssel: 1,84:1.000)
1 Arztstelle für 63 Patienten, d.h. 4 Minuten Zeit pro Patient am Tag
1 Sozialarbeiter für 527 Betten und 715 Aufnahmen oder Entlassungen
1 Beschäftigungstherapeutin für 545 Patienten
(Degkwitz, in: Soz. Psych. Inf. Nr. 4, 1971, S. 14)"

Hinsichtlich konkreten Handelns erweisen sich die Veränderungen innerhalb der deutschen Psychiatrie bis 1979 als weniger revolutionär im Vergleich zur italienischen Psychiatrie. Es gibt viele verhärtete Vorstellungen, Kontroversen, Machtkämpfe, so daß das Vorantreiben eines notwendig gewordenen Strukturwandels, eine Entwicklung hin zu einer "sozialeren" Psychiatrie nur zögernd vorangeht.

Eine Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken ist qua Gesetz zwar gefordert, in Realität aber besteht weiterhin eine Isolierungstendenz der psychisch Kranken, wobei die Dauerpatienten wiederum die "Leidtragendsten" sind.

Dezentralisierungsversuche wurden vielerorts unternommen. Dazu gehört auch der schrittweise Aufbau von ambulanten Einrichtungen, z.B. der sozial-psychiatrischen Dienste innerhalb Berlins, die im Rahmen des Gesundheitsamtes als Krisenintervention primär und sekundär präventiv wirken. Vermehrt findet eine Außenorientierung auch für die Langzeithospitalisierten statt. 1976 hat die Enquête zur Lage der Psychiatrie durch ein reiches Material Aufschluß über Mißstände und Vorschläge zu ihrer Änderung erbracht. Hier kann allerdings nun nicht auf die Ergebnisse, die als bekannt vorausgesetzt werden, eingegangen werden.

Es sollen im folgenden kurz die Berliner psychiatrischen Verhältnisse im Unterschied zur BRD dargestellt werden.

Im Vergleich zur Bundesrepublik hat die psychiatrische Versorgung West-Berlins bessere personelle und institutionelle Voraussetzungen, die einmal auf den günstigeren Arzt-Patienten-Schlüssel, auf die relative Gemeindenähe, zum anderen auf die sozial-psychiatrischen Dienste in den Bezirken und der relativ hohen Nervenarztdichte, die eine bessere ambulante Versorgungssituation anbieten, zurückzuführen ist.

Die Bestands- und Aufnahmeraten Berlins liegen (am Beispiel Charlottenburg, dessen Sozialstruktur weitgehend dem Berliner Landesdurchschnitt entspricht) jedoch über dem Bundesdurchschnitt (LEHMKUHL 1979, 116). Das mag einmal abhängig sein von der sich vom Landesdurchschnitt unterscheidenden soziodemographischen Struktur einer Großstadt

mit einem veränderten Morbiditats- und Risikoindex. Zum anderen hängen die höheren Bestands- und Aufnahmeraten West-Berlins aber auch von der Überalterung der Berliner Bevölkerung ab und von der relativ sozialen Isolierung ihres Inseldaseins (kein politisches, geographisches, soziales Hinterland).

Ein weiterer Punkt ist eine unterschiedliche diagnostische Zusammensetzung der Berliner Patienten im Vergleich zur BRD. So wurde in vier Berliner Nervenkliniken (darunter auch die Großklinik) 1969 ein erhebliches Überwiegen der Kranken mit der Diagnose "Alkoholismus" festgestellt (HELMCHEN et al. 1972, 432). Zum anderen gelangen in Großstadtgebieten klinisch behandelte Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Störungen häufiger zur stationären Behandlung. Außerdem ist durch die erhebliche Überalterung der Berliner Bevölkerung gegenüber der BRD auch eine höhere Rate von Alterskranken feststellbar. Im Vergleich sieht es folgendermaßen aus:

	West-Berlin	BRD
Anteil der psychischen Störungen des höheren Lebensalters und anderer organisch-psychiatrischer Erkrankungen	17,1 %	13,0 %
Anteil der Alkoholkranken	17,6 %	9,6 %

(LEHMKUHL 1979, 114)

Die hohe Anzahl dieser Mehrfachnennungen (der Alkoholkranken) und das Überwiegen von geronto-psychiatrischen Krankheiten, die ein Viertel bis ein Drittel der Population psychiatrischer Krankenhäuser darstellt, deutet darauf hin, daß die Aufnahme und der Verbleib dieser Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern nicht von der Krankheitsintensität abhängig ist, sondern von den unzureichenden extramuralen Möglichkeiten zur rezidiv-verhindernden Wiedereingliederung, z.B. der Alkoholkranken, oder der ambulanten Fürsorge und Versorgung einschließlich halbstationärer geronto-psychiatrischer Einrichtungen oder spezielle Pflegeeinrichtungen für abgebaute Patienten (HELMCHEN et al. 1972, 432).

Eine Verbesserung des ambulanten Angebotes, die Möglichkeit einer flexibleren Handhabung von therapeutischen Interventionsstrategien in einer kurzfristigen stationären Aufnahme hat, abgesehen von den Alkoholkranken, für viele Schizophrene einen positiven Drehtüreffekt gebracht, wie sich bei einem Vergleich der Bestands- und Aufnahmeraten des von der Medizinischen Hochschule Hannovers (MHH) versorgten Gebietes vor und nach Einführung der Sektorisierung zeigt (BAUER 1977, 26 f.).

Anhand dieser bewußt etwas ausführlicher gestalteten Darstellung der unterschiedlichen Verhältnisse in Italien und in Deutschland und bezugnehmend auf eine Katamnese über einen Zeitraum von fünf Jahren von 90 nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Langzeitpatienten aus Triest (SCHMID 1979) werden nun folgende Fragen im Rahmen dieser Studie gestellt:

1. Ist aus der Sicht der deutschen Psychiatrie die italienische Reform als reine Utopie zu bezeichnen?

2. Liegt der Schwerpunkt der Krankenversorgung in Italien im familiären oder im klinisch-ambulanten Bereich?

3. Wie steht es mit der Autonomie bei den ehemaligen Patienten der beiden Vergleichsgruppen?
   a) von Triest
   b) von Berlin

4. Worauf beziehen sich die Autonomie-Kriterien?
   a) auf körperliche Unabhängigkeit?
   b) auf äußere soziale Integration?
   c) auf die Wohnsituation?
   d) auf soziale Beziehungen?
   e) auf das subjektive Befinden?

Diese Fragen sollen mit Zahlen und Fallbeispielen belegt und in der Diskussion beantwortet werden.

2.0 Methodisches Vorgehen: Eigene Untersuchung

Die Wahl dieser Feldstudie kam im Gespräch mit dem Chefarzt der kleineren Klinikeinheit zustande. Er ging davon aus, daß die Mehrzahl der aus der Großklinik stammenden 80 (bzw. 81) chronisch Kranken, die 1969 in seine Abteilung verlegt worden waren, inzwischen - außer einigen wenigen Verbliebenen - "erfolgreich" entlassen worden seien.

Das Interesse, diese Annahme zu überprüfen, traf zusammen mit den Vorüberlegungen für die 10-Jahres-Feier der Abteilung. Das besondere Interesse der Verfasserin speiste sich aus den vielfältigen Erfahrungen, die sie mit den Patienten der beiden Chronikerstationen machte, insbesondere aus jenen auf zwei therapeutischen Reisen an die Nordsee. Während der aktiven Betreuung von je zwei Patientengruppen auf diesen Reisen wurden bisherige Eindrücke nicht unerheblich modifiziert, in deren Folge das ehemalige Bild einer Endstation revidiert wurde und sich ein Ausblick auf Überwindung des Verwahrcharakters zugunsten rehabilitativer Weiterentwicklung, auch für die Ärmsten der Ärmsten, eröffnete. Die sich daraus neu ergebende Perspektive löste die Überlegung aus, diese von der Forschung eher vernachlässigte Menschengruppe und deren Bedingungsfeld zu untersuchen.

In den Überlegungen zu diesem Verlaufsforschungsvorhaben waren zunächst eine Reihe methodischer, begrifflicher und inhaltlicher Fragen impliziert, die theoretisch gar nicht vorauszusehen waren.

Dies mag die kurze Skizzierung des ursprünglichen Blickpunktes der Untersuchung verdeutlichen. Es ging damals insbesondere darum, die vorgefundene Patientengruppe aus der kleineren Klinikeinheit mit Patienten zu vergleichen, deren Grunddaten hinsichtlich Manifestation, Verlauf und Prognose gleich bzw. ähnlich waren, die aber in der Großklinik stationär verblieben sind. Es sollte geprüft werden, inwiefern sich die Verlegung von Patienten aus Großkliniken mit Verwahrcharakter in kleinere klinische Einheiten mit therapeutischer Zielsetzung auf einen günstigeren Verlauf (kürzere Verweildauer, bessere soziale Wiedereingliederung) der Patienten auswirkt.

Trotz diverser Bemühungen, längerer Verhandlungen und freundlicher kollegialer Einführung; trotz Zusicherung von Vertraulichkeit, Respekt und Objektivität lehnte es der damalige Klinikchef der Großklinik strikt ab, der Verfasserin Zugang zu den notwendigen Daten zur Durchführung der vergleichenden Analyse zu verschaffen. Die Furcht vor Publizität oder Enthüllung veranlaßte ihn darüber hinaus, der Referentin einen völlig anders gearteten Feldstudienplan außerhalb "seiner" Klinik anzubieten.

Da es der Verfasserin nun an einer Vergleichsgruppe von chronisch Kranken des Ursprungskollektivs fehlte, mußte sie frühere Fragestellungen notwendigerweise ändern. Es bestand jedoch weiterhin das Bedürfnis und die Notwendigkeit das soziale Schicksal gerade dieser Patientengruppe wissenschaftlich zu verfolgen.

Als es nun darum ging, das soziale und rehabilitative Bedingungsfeld dieser Patientengruppe zu explorieren, war der Verfasserin nichts über die ehemals "chronischen" Patienten bekannt, die im Verlauf der 10 Jahre entlassen worden waren und nichts von jenen, die verstorben waren.

Außer den persönlichen Erfahrungen mit den Patienten auf den Chronikerstationen besaß die Referentin zunächst auch kein Wissen darüber, wie es zu der Einschätzung des Patienten und wie es zu dem chronischen Verlauf seiner Erkrankung gekommen war und welche Bedingungen Voraussetzung waren, um den chronischen Verlauf der noch verbliebenen Patienten aufzubrechen, d.h. mit diesen eine rehabilitative Langzeitperspektive zu entwickeln.

Dieser Ausgangspunkt veranlaßte die Referentin zunächst mit einem offenen, theoretischen Plan zu arbeiten, in dem auftauchende Probleme, provisorische Hypothesen, Zusammenhänge und Variablen, die auffielen, erst gesammelt wurden, um sie nach ihrer Identifizierung weiterzuverfolgen und einer vorläufigen Zielsetzung unterzuordnen oder sie im Verlauf der Problemverdichtung zu verwerfen.

Folgende 13 größere Fragenkomplexe kristallisierten sich zunächst heraus:

1. Wie wirkt sich das Alter bei Erstmanifestation auf den Langzeitverlauf aus?

2. Hat der Personenstand Einfluß auf Erkrankung, Verlauf und die soziale Rückkehr?

3. Wie wirkt sich die Länge der Verweilzeiträume in stationär-psychiatrischen Institutionen und die Häufigkeit der Wiederaufnahmen auf den Verlauf, die Entlassungschancen und auf eine evtl. soziale oder psychopathologische Remission aus?

4. In welchen familialen Bedingungen wuchs der Patient auf? Welche Beziehungsmuster herrschten vor?

5. Welchen Entwicklungsbedingungen war der Patient als kleines Kind, als Auszubildender, als Tätiger ausgesetzt, und in welcher Weise mögen ihn Störungen in diesem Bereich zur psychischen Erkrankung als Orientierungskrise und/oder zur psychiatrisch relevanten Störung prädisponiert haben?

6. Welche (inneren) Möglichkeiten brachte der Patient aus der Zeit vor seiner Ersterkrankung mit, als Chance für eine soziale Bewährung: einer Partnersuche, einer Partnerwahl in Form einer Ehe; welche äußeren (und inneren) Voraussetzungen zur Ausübung eines Berufes?

7. Aus welcher Schicht stammte der Patient prämorbid und inwiefern ist seine psychische Erkrankung bzw. die Langzeitentwicklung der psychiatrisch relevanten Störung Ausdruck eines niederen ökonomischen Status?

8. Wie sahen die psychischen Belastungsbereiche der biophysischen Schwellensituationen aus; wie die situativen Bedingungen anderer psychotraumatischer Erlebnisse; wie die Versuchungs- und Versa-

gungssituationen, die zum auslösenden Konflikt wurden und zur psychiatrischen Aufnahme führten?

9. Welche nicht psychiatrischen körperlichen Erkrankungen waren organischer Ausdruck einer psychophysischen Krise und stellten weitere Regressionsformen dar?

10. Wie war der Ist-Stand in der Klinik? Der psychopathologische Verlauf; welchen Behandlungsmethoden war der Patient ausgesetzt worden und waren diese förderlich für seine Entlassung?

11. War dem Patienten eine soziale Rückkehr ermöglicht, wo war er verblieben und wie stand es um sein soziales Funktionieren in unterschiedlichen Bereichen?

12. Ist der Patient nach seiner Entlassung sozial eingebunden? Wie steht es mit der Häufigkeit des familialen Kontaktes, wie mit seiner subjektiven Befindlichkeit?

13. Welche Patienten sind wo, in welchem Alter, an welcher Krankheit gestorben?

Diese 13 Grob-Fragestellungen bildeten das Grundraster für die Merkmalsliste des 1. Untersuchungsschrittes, den Verlaufsparameter der Katamnese des 2. Untersuchungsschrittes und den Hintergrund für das beobachtende, halb strukturierte Interview der Spätkatamnese als 3. Schritt. Auch die Sterbedaten gehörten mit zu dem Grundraster.

2.1 Schema der Vorgehensweise zur Erlangung der katamnestischen Daten

Für die Datenerhebung der Katamnese wurde auf die Aufnahmebögen und die Krankengeschichten des Klinikarchivs bzw. der Station zurückgegriffen. Zunächst wurden aus den Bettenbelegblättern die Namen aller Patienten gewonnen, die im Laufe des Jahres 1969 mit 7 Verlegungsterminen (15.07., 16.07., 02.09., 19.09., 10.11., 17.11. und 24.11.69) aus der Großklinik in die kleinere Klinikeinheit verlegt wurden.

Kollektiv von 81 Patienten (als Verlegung von Großklinik nach Kleinklinik):

über Bettenbelegblätter erfaßte Patienten:			♀ 16		♂ 65	
über Krankengeschichte erfaßte Patienten:	80		davon lebend		davon verstorben	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
davon	16	64	7	45	9	19
über Einwohnermeldeamt erfaßte Patienten:	72		davon lebend		davon verstorben	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
davon	15	57	7	41	8	16
aufgesuchte Patienten:			7	42		
vorgefundene Patienten:			kooperativ		Nachuntersuchung verweigert	
			♀	♂	♀	♂
			6	40	1	2
			♀		♂	
unbekannt verzogene Patienten:			–		2	
im Zeitraum der Untersuchung verstorbene Patienten:			1		1	
Rückverlegung von Kleinklinikeinheit nach Großklinik:			–		3	
i. Kleinklinikeinheit verbliebene Patienten:	29		davon lebend		davon verstorben	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
davon	8	21	2	15	6	6
ansprechbar und kooperativ:			–	12		
nicht ansprechbar:			2	3		
insgesamt aus Klinik entlassene Patienten:	50		davon lebend		davon verstorben	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
davon	8	42	5	33	3	9
insgesamt außerhalb station. Psychiatrie lebende Patienten zum Zeitpunkt der Spätkatamnese: 28 u. 2 Unauffindbare			5	23		7

Schema der Vorgehensweise zur Erlangung der katamnestischen Daten

Nach einigen vergeblichen Versuchen einer Stichprobe von 5 entlassenen Patienten, über deren Verbleib es in der Krankengeschichte Hinweise gab, die aber teilweise unbekannt verzogen waren, wurde es notwendig das Einwohnermeldeamt hinzuzuziehen, so auch zur weiteren exakten Datenerfassung hinsichtlich des Personenstandes und der Daten der schon Verstorbenen.

Eine relative Schwierigkeit beim Ermitteln der Adressen oder anderer, z.B. standesamtlicher Daten, betraf die Patienten, die vor dem 20.11.1975 entlassen oder verstorben waren und von deren Verbleib

nichts bekannt war, da die Daten in der EDV des Einwohnermeldeamtes grundsätzlich erst ab diesem Zeitpunkt gespeichert wurden. Der Zeitdruck hierbei war nicht unerheblich - Eile tat Not wegen des hohen Alters der Patienten - da diese Daten nun handverlesen werden mußten und die Unterstützung der Behörden teilweise nur über Umwege erreicht werden konnte.

Auch die persönliche Begegnung in der Spätkatamnese drängte. So starben im Verlauf der Erhebung bedauerlicherweise 2 Patienten, die zwar schon aufgesucht, aber noch nicht befragt worden waren.

Aufgrund der strenger gewordenen Gesetzgebung bezüglich des Datenschutzes (§ 12 Datenschutzgesetz) ergab sich das Problem, daß die Verfasserin - in der Position einer Psychologin und nicht als oberster ärztlicher Repräsentant einer klinischen Einrichtung - besonders große Mühe hatte, an die Sterbedaten heranzukommen. So erforderte es einen relativ großen Aufwand über Briefe und persönliche Vorstellung des Forschungsvorhabens, um die maßgebliche Stelle davon zu überzeugen, daß keine unlauteren Absichten gehegt und die zur Verfügung gestellten Daten unter striktester "ärztlicher Schweigepflicht" benutzt wurden. Diese Bemühungen zogen sich über einen längeren Zeitraum hin, wobei letztendlich ohnehin "nur" der offizielle Teil des Leichenschauscheins mitgeteilt wurde.

Die 2 unbekannt verzogenen männlichen Patienten waren beide als paranoid-halluzinatorische Schizophrene diagnostiziert worden. Beide hatten (zufälligerweise?) in Nordafrika für Frankreich gekämpft; der eine in der Fremdenlegion, der andere im Algerienkrieg 1963 - 1966.

Die Daten des folgenden Patienten fließen in die weiteren Erhebungen nicht mit ein, da sich die Krankengeschichte erstmals nach Abschluß der Untersuchungen auffand.

Dieser Patient, der bei der Verlegung 46-jährig war, ist aufgrund seiner psychiatrischen Erkrankung 32-jährig geschieden worden. Jahre zuvor hatte sich sein Trinken, womit er "zwangsweise" in der Fremdenlegion begonnen hatte ("sonst hätte man es da nicht ausgehalten") negativ auf sein Berufsleben ausgewirkt: Er verlor seine Stelle als

"Flüchtlingslehrer" (einstiger Lehreraspirant ohne Abschluß). Zwischen 1963 und 1967 befand sich der Patient 13 mal in stationärer Behandlung aufgrund einer Tbc-Erkrankung. Der Verlegung in die kleinere Klinikeinheit gingen 5 nervenklinische Behandlungen voraus, wobei der Patient 3 mal in der Großklinik aufgenommen worden war und sich insgesamt 1 Jahr, 1 Monat und 3 Wochen dort befunden hatte. Die Verweildauer betrug insgesamt 1 Jahr, 7 Monate, 10 Wochen, 2 Tage bei 4 Aufnahmen (3 Wiederaufnahmen). Im Verlauf wurde der Patient zunehmend verwahrloster, lief immer wieder aus den Heimen weg, in die er entlassen worden war, lebte aus Mülltonnen und - wie er es formulierte - "bei Mutter Grün". Aufgrund dieser Verwahrlosungstendenzen und psychotischen Dekompensationen kam es immer wieder zu erneuten Einweisungen des sozialpsychiatrischen Dienstes. Seit seiner letzten Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit im Mai 1974 in ein Altenheim, aus dem er wieder entwich, hatte weder das Einwohnermeldeamt noch das zuständige Polizeirevier, noch irgendein öffentlicher oder caritativer Berliner Dienst Kenntnis seines Aufenthaltes, seines Verbleibs oder seines Ablebens. Seine Akte ist mit dem Vermerk "Stadtstreicher" - "unbekannt verzogen" abgehängt. Psychodynamisch läßt sich sowohl der Alkoholabusus, die Tbc-Erkrankung, die Weglaufthematik (Fremdenlegion - lebt bei "Mutter Grün") als unterschiedliche Formen eines Regressionsbedürfnisses verstehen.

Bei dem zweiten Patienten (1708), der unbekannt verzogen blieb, handelte es sich um einen bei der Verlegung 27-jährigen, ledigen Elektromonteur, der aus einem weniger als 5.000 Einwohner großen Ort im Elsaß/Frankreich stammte und der berufshalber nach Berlin gekommen war. Der Vater war Holzschuhmacher und früh invalidiert. Der Patient war der erstgeborene von 2 Brüdern, damit gleichzeitig aber auch der "Vorletzte", da er vom nachkommenden Bruder seiner Einmaligkeit beraubt wurde. Außer einem Berufskollegen, mit dem er ein möbliertes Zimmer bewohnte, kannte er niemanden in Berlin, fühlte sich sehr isoliert. 20- bis 23-jährig sei er im Algerienkrieg kämpfenderweise eingesetzt worden. 1 Jahr vor Aufnahme in die Großklinik, in der er sich 4 Wochen befand, hatte er 1968 2 nervenklinische Behandlungen (in Mannheim 2 Wochen, in Straßburg 2 Monaten). Der Kontakt zu seiner Familie im Elsaß war gut, so daß der Patient auf Veranlassung seiner Familie, die um Entlassung oder Verlegung in heimatliche Nähe bat, nach 1 Monat, 3 Wochen und 6 Tagen (nach Einstellung auf Dauermedikation) entlassen wurde. Trotz längerer Nachforschungen, vergeblichem Anschreiben seiner Familie konnte sein Verbleib nicht erfahren werden. Die katamnestischen Daten dieses Patienten wurden in die Untersuchung mit einbezogen.

Ebenso wie die Bemühungen um diese beiden Patienten mit langen Irrwegen verbunden waren, so ging die Suche nach den weiteren 7 nicht vom Einwohnermeldeamt erfaßten Patienten abenteuerliche Wege, war jedoch erfolgreicher.

2.2 Feldbeschreibung

Nach verschiedenen Anläufen (das Einwohnermeldeamt suchte die handverlesenen Wohnanschriften nur etappenweise heraus) und dem Bekanntwerden der noch lebenden, ehemals aus der kleineren Klinikeinheit entlassenen Patienten (also ebenso der dem Einwohnermeldeamt unbekannt gebliebenen Patienten) ging es nun darum, diese für die Nachuntersuchung aufzusuchen, mit ihnen das halbstrukturierte Interview durchzuführen.

Die 24 außerhalb psychiatrisch-stationärer Unterbringung innerhalb West-Berlins lebenden Patienten wurden im Verlauf des gesamten Jahres 1979 ausfindig gemacht, nämlich sobald die einzelnen Wohnsitze bekannt waren (und entsprechende Zeit zur Verfügung stand). Dies erfolgte bei 1- bis 3maligen Besuchen, wobei Angehörige oder Nachbarn - wenn möglich - für ergänzende Aussagen mit befragt wurden. Zu 2- bis 3maligen Besuchen kam es jeweils, wenn der 1. Besuch vergeblich war, keiner oder nur Angehörige bzw. Nachbarn angetroffen und gesprochen wurden. Zu einem Wiederholungsbesuch kam es auch deshalb häufig, da die Patienten sich teilweise durch die nachfolgenden, zu beantwortenden Skalen wegen des Sichfestlegenmüssens auf eine Eigenschaft oder Aussage überfordert fühlten. Hierbei wurden häufig beim 2. Besuch - nun schon vertrauter - und nach entsprechender Werbung der Untersucherin - die Skalen dennoch ausgefüllt.

Außer in den 3 Fällen, in denen eine Nachuntersuchung - auch nach 3maligem "werbenden" Besuchen und der Möglichkeit einer schriftlichen Beantwortung (ohne persönliche Begegnung) - ostentativ abgelehnt wurde und nur Angehörige bzw. Nachbarn befragt werden konnten, war der Empfang nach einem anfänglichen Zögern und verstehbarem Mißtrauen eher ein freundlicher. In manchen Fällen freuten sich die ehemaligen Pa-

tienten geradezu über das gezeigte Interesse, auch wieder etwas über die Klinik, den Chefarzt und die Station zu erfahren. In allen Fällen wurde zur Gesprächseröffnung eine kleine Gabe überreicht: Blumen oder Schokolade für die Frauen, Rauchwerk für die Männer.

Es gab u.a. natürlich auch eine Reihe von "Fehl"-Besuchen. Patienten waren umgezogen (3 entlassene Patienten); unbekannt verzogen (2 entlassene Patienten); erneut in psychiatrische Klinik eingewiesen (6 ehemals aus kleinerer Klinikeinheit entlassene Patienten).

Eine telefonische Anmeldung dieser Besuche wurde von vornherein nicht ernstlich erwogen, als aus den Erfahrungen anderer Feldforscher mit einer ungünstigen, eher ablehnenden Reaktion gerechnet werden mußte. Es wurde auf den "Überraschungseffekt" gebaut, der auch in den meisten Fällen (immerhin bei 23 von 26 = 88 %) ehemaligen Patienten außerhalb psychiatrischer Kliniken lebend, erfolgreich war.

Das Aufspüren der Patienten führte gleichermaßen zu teilweise wiederholten Streifzügen durch insgesamt 13 West-Berliner Stadtbezirke: Vom äußersten Süden bis hin zum "hohen" Norden; vom äußersten Westen der Stadt bis weit in die östlichen Randbezirke West-Berlins.

Die Patienten wurden so auch zum Teil, bezogen auf die Wohnqualität und somit Lebensqualität, in sehr unterschiedlichen Behausungen und Wohnbezirken aufgefunden. Die folgende Auflistung soll das veranschaulichen.

24 in West-Berlin außerhalb psychiatrischer Einrichtungen lebende ehemalige Patienten betrafen:

- 1 Frau allein in Untermiete, im Erweiterungsbau eines Sommerhauses auf Wassergrundstück mit Zimmer, Dusche, Kochnische (1. aufgesuchte Patientin).

- 1 Jugendlicher mit Angehörigen lebend und 1 Frau mit Ehemann (während der Nachuntersuchung umgezogen in den 13. Stock einer Trabantenstadt im Osten Berlins, mäßige Wohngegend, aber gepflegt)

- 2 jüngere Männer allein in eigener Mietwohnung auf dem 4. Hinterhof (wobei der Zugang zur Wohnung im 4. Stock des Patienten, der die Nachuntersuchung verweigerte, eher unheimlich war: ohne Licht, wackliges Geländer, ohne Namensschilder, keine Treppenbeleuchtung, eher einer Absteige ähnlich). Eher schlechter Wohnbezirk.

- 2 Männer in eher weniger guten Wohnbezirken, aber in eigener Mietwohnung, jeweils mit Frau (von denen 1 die Nachuntersuchung ablehnte).

- 1 jüngerer Mann und 1 Frau in Wohnungen mit Eltern bzw. mit der Familie des Sohnes, wobei die Frau die Nachuntersuchung verweigerte; etwas bessere Wohngegend.

- 1 jüngerer Mann, allein in eigener Mietwohnung (2 Zimmer, Küche, Bad); mäßig gute Wohngegend des innerstädtischen Bereiches.

- 4 männliche Patienten in einem heilpädagogischen Zentrum im Grünen Berlins lebend. Wassergrundstück, Konsiliardienste der kleineren Klinikeinheit; Arbeitsmöglichkeiten.

- 1 weibl. und 1 männl. Patient in Chroniker-Hospital (geschl. Abt.)

- 4 Männer in offenen Heimen (7 - 30 Bewohner) in guten bis besten Wohngegenden.

- 2 Männer in Übergangswohngemeinschaft auf erweitertem Klinikgelände; Arbeitsmöglichkeiten.

- 2 Männer im offenen Heim der Großklinik mit Arbeitsmöglichkeiten in bester Wohnlage.

2 in der BRD außerhalb psychiatrisch-stationärer Unterbringung lebende Patienten betrafen:

- 1 Frau in Braunschweig; Eigentumswohnung in gepflegtem Außenbezirk,komfortabel; lebt mit Enkelin und Familienanschluß.

- 1 Mann in Minden in offenem Heim (bis zu 40 Bewohner) in guter Wohngegend.

Die beiden letzten Patienten wurden erst im Führjahr bzw. im Frühsommer 1980 aufgesucht.

Zugang zu den 22 psychiatrisch-stationär-untergebrachten Patienten zu finden, war kein Problem. 1 Patient, der sich infolge einer Wiederaufnahme in der Landesnervenklinik Zwiefalten befand, wurde allerdings nur telefonisch (45 Min.) und schriftlich befragt.

2.3 Merkmalsliste

Die im Archiv und auf den Stationen der neurologisch-psychiatrischen Abteilung der kleineren Klinikeinheit leicht zugänglichen Krankengeschichten bildeten das erste Untersuchungsmaterial.

Naturgemäß ergab die Sichtung dieser Krankengeschichten ein sehr reichhaltiges Material über eine Vielzahl von Phänomenen. Äußerlich auffällig war dies schon dann, wenn man das Volumen mancher dieser Krankengeschichten betrachtet (manche wogen einige Kilos). Zu diesem Zeitpunkt der Exploration schien offensichtlich jedes Detail wert genug, festgehalten zu werden. In Verbindung mit den späteren Untersuchungsschritten, den eigenen Beobachtungen, dem sozialen Bedingungsfeld und den Daten des halbstrukturierten Interviews mündete der erste methodische Schritt darin, die tendenziell eher unsystematischen detaillierten Daten unter spezifischen Wiederkehrungen oder zu erwartenden Merkmalen zu gruppieren.

Daraus entwickelte sich eine über 7 Din A 4-Seiten fortlaufende Liste, auf der jeweils die einzeilig beschrifteten Daten zweier Patienten untereinander Platz fanden.

Die Verlaufsbeschreibung der 80 Patienten füllten somit 40 mal 7 Din A 4-lange "Fahnen". Das sind allein 340 Seiten an Daten, die thematisch unter 15 Schwerpunkte gegliedert waren und das Grundraster für den späteren Verlaufsparameter abgaben.

Darunter befanden sich die harten persönlichen und klinischen Daten, wie Geburtsdatum, Familienstand usw., Unterbringungsgründe, Diagnosen, Verweildauer, Symptome, medizinische Untersuchungen, medikamentöse Behandlung usw. und die "weichen Daten" der Familiengenese, der Eigengenese, der auslösenden Situation der Erkrankung, der sozialen Entwicklung, des Ist-Standes, des Therapieverlaufs, des Verbleibs, der Daten des halbstrukturierten Gesprächs und der Sterbedaten.

2.4 Parameter für die Verlaufsbeurteilung

Die harten und weichen Daten des gesammelten Materials wurden nun in einem weiteren Schritt den speziellen 13 Fragenkomplexen zugeordnet (s. Rohtext zu Kapitel: II.2.0 Methodisches Vorgehen) und Parametern für die Verlaufsbeurteilung der Katamnese des halbstrukturierten Interviews der Spätkatamnese und der Sterbedaten untergeordnet.

Es ergaben sich so 13 Schwerpunkte mit thematisch entsprechenden oder ergänzenden Unterteilungen, die ein gewisses Maß an Vergleichsmöglichkeiten anboten; zum Teil jedoch nur sehr geringe Häufungen bei der Auszählung erbrachten. Das klinisch-methodische Vorgehen dieser Untersuchung bezieht sich vorab auf den Einzelfall, dessen Einmaligkeit aus seiner Lebensgeschichte, aus dem Zustandsbild seiner psychischen Erkrankung und aus der Umweltkonstellation explorierl wird. Aus der Kenntnis dieser Einzelfälle erwächst der Eindruck der Regelhaftigkeit, der eine Grundlage zur Hypothesenbildung ergibt, die dann möglichst anhand von Kontrollgruppen aus anderen Untersuchungen oder im Bevölkerungsvergleich ergänzend bestätigt oder nicht bestätigt, d.h. gemessen und überprüft werden (ROSEMEIER 1975, 203).

Gerade bei dieser so heterogenen Patientengruppe konnte nicht auf eine einheitliche Merkmalsverteilung zurückgegriffen oder geschlossen werden. Die Homogenität eines Untersuchungsmaterials läßt sich jedoch ohnehin nicht beweisen. "Nur Inhomogenitäten lassen sich feststellen!" (SACHS 1969, 81). Wegen Inhomogenität muß das Material nicht unbrauchbar sein, sondern die Inhomogenität muß in der Auswertung durch Untergruppenbildung mit berücksichtigt werden. Dies bot sich insofern an,

als gewisse Klassifikationsmodi ja schon durch die unterschiedlichen Diagnosen der chronisch kranken Patienten bestanden. Außerdem wurden neben Subkategorien hinsichtlich eines bestimmten Items auch Untergruppen bezogen auf Variable der Altersklassen (Lebensalter, Erkrankungsalter, Verlegungsalter); der Geschlechtszugehörigkeit; des sozioökonomischen Status und dergleichen mehr gebildet.

Es spielten also neben den mehr individuellen Daten und den alters- und phasenspezifischen und der durch das jeweilige Geschlecht bestimmten Handlungs- und Reaktionsmodi auch die gesellschaftliche Dimension als Untersuchungsgegenstand der Verlaufsbeurteilung eine Rolle. - So stehen persönliche Entwicklungen immer in einem dynamischen Zusammenhang zu dem dynamischen Bedingungsfeld der Vergangenheit oder auch des Verlaufsgeschehens einer psychiatrisch relevanten Erkrankung, wobei die psychiatrische Klinik das soziale Bedingungsfeld darstellt (z.B. in bedeutsamer Weise durch die Verlegung oder den Verbleib auf einer Chroniker-Station).

2.5 Beobachtendes, halbstrukturiertes Interview

Der Begegnung mit dem Patienten im Rahmen der Nachuntersuchung ging die Klärung über seinen Verbleib voraus. Bei Unterbringung in Heimen wurde eine subjektive und qualitative Beurteilung des Heimes vorgenommen (einbezogen waren da auch die Äußerungen der Patienten). Durch das persönliche Aufsuchen wurde eine "Beobachtung" des Lebensraumes der ehemaligen Patienten, die außerhalb von Institutionen lebten, ermöglicht.

Ein tiefenpsychologisch orientiertes Interview mag für die "verstehende", an psychodynamischen Hintergründen des Verlaufs interessierte Forschung wünschenswert gewesen sein; gleichwohl konnte ein solches Interview bei diesen ehemaligen Patienten nicht durchgeführt werden, noch viel weniger bei jenen, die weiterhin oder erneut stationär untergebracht waren. Hier bestand vielmehr die Überzeugung, die das Gespräch auch leitete, selbst bei den Patienten, die intellektuell nicht überfordert gewesen wären: "Ja nicht dran rühren".

So wurde das "nachuntersuchende" Interview beim einzelnen Patienten insofern halbstrukturiert durchgeführt, als Stichworte und Themenbereiche anhand wiederkehrender Fragen vorgegeben waren, die jedoch durch vorangegangene Antworten geleitet wurden, wobei sich diese "verzweigte" Befragungsform einer natürlichen Gesprächssituation annäherte (KESSLER und SCHMIDT 1978, 210).

Die Stichworte, die in dieser lockeren Gesprächsform exploriert wurden, betrafen:

- Das soziale Funktionieren in Beziehungsgestaltung; in strukturierten und unstrukturierten Situationen; in weiteren Aktivitäten (Qualität);
- die Medikation außerhalb der Klinik;
- erneute psychiatrische Aufenthalte (Häufigkeit);
- Kontakte zu Partnern, Kindern und anderen Familienangehörigen (Qualität und Häufigkeit);
- subjektive Einschätzung der Verlegung und Einstellung zu früheren stationären Behandlungen.

Außerdem wurden - wenn erinnerlich und/oder erforderlich - noch einmal anamnestische Fragen zu Themenbereichen der Familien- und Eigengenese, zum Ausbildungsgang und zur Länge der beruflichen Tätigkeit erhoben, die als ergänzende Aussagen in die katamnestische Erhebung mit einbezogen wurden.

Mehr oder weniger spontane Äußerungen über Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft wurden festgehalten. In Einzelfällen wurden solche Äußerungen durch die Frage: "Fällt Ihnen jetzt noch etwas ein, was Sie freut, was Sie ängstigt, was Sie traurig oder ärgerlich macht?" initiiert (deshalb weniger spontan). Eine weitere Frage bezog sich auf evtl. Früherinnerungen aus der Kindheit.

Daß die Aussagen und Erlebnisberichte (life event information) auch von psychisch schwer gestörten Kranken eine hohe Reliabilität aufweisen und zu 86 % mit den Berichten von nahen Verwandten übereinstimmen, stellten SAXENA et al. (1983, 179) über ein halbstrukturiertes Interview bei 83 Patienten einer Aufnahmeklinik in New Delhi/Indien fest.

Zur Objektivierung dieser eher subjektiv getönten und subjektiv bewerteten Gesprächsinhalte beider Gesprächsteilnehmer, nämlich des Patienten bzw. ehemaligen Patienten und der Untersuchenden (in Einzelfällen kamen noch Familienangehörige zu einem späteren Zeitpunkt zum Gespräch hinzu), wurden Eigenschafts- und Beschwerdelisten - auch zur Strukturierung und Quantifizierung der eigenen Einschätzung - als sinnvoll angesehen (ROSEMEIER 1975, 201).

So wurde am Ende des Interviews eine Befindlichkeitsskala (Bf-S und Bf-S') und die Freiburger Beschwerdeliste - Gesamtform (FBL-G) zur Beantwortung vorgelegt. Obwohl insbesondere bei einem Teil der in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen Patienten die Beantwortung dieser Fragebögen selbstverständlich nur eine äußerst beschränkte Aussagekraft haben kann, da die Patienten

a) zu alt (seltener zu jung)

b) zu lange hospitalisiert

c) IQ zu gering

waren, ging es mehr darum

1. den momentanen Querschnitt subjektiver Gestimmtheit festzustellen (Bf-S, Bf-S'), die dann ergänzt wurde durch

2. die subjektive Interpretation von aktuellen körperlichen Beschwerden, die durch den Selbstwahrnehmungsprozeß individuell verändert wurden. Persönlichkeitsmerkmale, wie Labilität und Klagsamkeit, ebenso wie psychosomatische Störungen sollten hier "quantifizierbare Aussagen" machen (v. ZERSSEN 1976).

In unmittelbarem Anschluß an das gemeinsam geführte Gespräch wurden die weniger strukturierten Antworten des halbstrukturierten Interviews und das "Wahr"-genommene und Beobachtete des sozialen Umfeldes des Patienten einander zugeordnet. Natürlich können diese, vom Patienten

erhaltenen Daten sowohl durch "Beobachtungsfehler" und "Gesprächsfehler" (ROSEMEIER 1975, 205 f.) im Vergleich zu mehr standardisierten und strukturierten Verfahren - da unkontrollierbarer - verfälscht sein.

Ein schriftlich fixiertes Frageblatt zur Nacherhebung wurde den 3 Patienten zugeschickt, die eine persönliche Nachuntersuchung ablehnten. Da es aber von keinem dieser 3 Patienten ausgefüllt und zurückgeschickt wurde, soll es hier keine weitere Erwähnung finden (Anhang), wobei die Fragen ohnehin den Stichpunkten und den Themenbereichen des persönlichen Interviews entsprachen.

2.6 Übertrag auf Lochkarten

Da die Merkmalsliste, insbesondere auch wegen der langen Datenfahnen, für die Auszählung und die weitere Datenanalyse zu unübersichtlich schien, wurden alle Patientendaten, so auch die Ergebnisse aus dem halbstrukturierten Interview und die Sterbedaten, auf Din A 5 2-reihige Schlitz-Randlochkarten übertragen. So konnte die Vielzahl der explorierten Merkmale einigermaßen "standardisiert" untergebracht werden.

Nach einer Begriffsklärung der Rohdaten anhand der Parameter für die Verlaufsbeurteilung wurde zunächst eine "Mutterkarte" erstellt, die 14 "Schicksalskategorien", die späteren Gliederungskategorien in etwa entsprachen, enthielt. Nach dem Modell der Mutterkarte wurden die 80 Patienten-Randlochkarten mit einer Kerblochzange gelocht. Die Vielzahl der quasi statistisch überprüfbaren Teilfallelemente konnten nun in übersichtlicher Form zur Rohdatenanalyse abberufen werden: Zur Selektion und Sortierung gleicher Merkmale oder Merkmalskombinationen wurde eine Sortiernadel benutzt.

Außerdem wurden auf diesen Randlochkarten handschriftlich ergänzende und erläuternde Beschreibungen zu diesen Teilfallelementen niedergelegt, d.h. diese "programmierbaren" Angaben bildeten "das Gerippe", das mit dem "Fleisch" der mehr beschreibenden, phänomenologischen

Daten eher ein Bild der Persönlichkeitsentwicklung des Patienten, seiner Krankheit und seines sozialen Wirkungsfeldes vermitteln konnte. Aus diesen Gründen wurde auch eine Bearbeitung über EDV trotz erhöhter Genauigkeit und Rationalisierung in der Dokumentation (wegen der teilweise geringen Anzahl der Häufung pro Merkmal jedoch ohnehin nicht so sinnvollen statistischen Analyse) abgelehnt: Der einzelne Patient blieb in seinem Schicksal lebendiger und verstehbarer, wurde nicht zur bloßen Zahl "quantifiziert", sondern erhielt sich in seiner einzigartigen menschlichen Dimension und "Qualität" für die Untersuchende ständig erfahrbar.

2.7 Patientennummern

Aus Datenschutzgründen, aber zur Kenntlichmachung von Teilfallbeispielen aller 80 chronisch psychiatrischen Patienten im laufenden Text der Katamnese, der Spätkatamnese, einschließlich der Sterbedaten wurden auf die Randlochkarten Patientennummern getragen. Diese und die Gesamtnennungen aller Einzelfallelemente pro Patient befinden sich mit Seitenangaben in einem Sachregister im Anhang.

Es drehte sich hierbei um 4-stellige Zahlen, die deshalb optisch zwar weniger gefällig, aber statistisch plausibel und überschaubar insofern schienen, da die

erste Zahlenreihe: 0 den Verstorbenen bzw.
1 den noch Lebenden zum Zeitpunkt der Spätkatamnese

zugeordnet wurden.

Die zweite Zahlenreihe macht eine Aussage über die 8 Diagnosen, wobei
Zahl 1 die Diagnose für präsenile oder senile Demenz
2 die Diagnose für andere organisch psychiatrische Erkrankungen
3 die Diagnose für Persönlichkeitsstörung
4 die Diagnose für Oligophrenie
5 die Diagnose für Alkoholismus
6 die Diagnose für Psychosen (affektive u.a.)

7 die Diagnose für Schizophrenie

8 die Diagnose für nicht klassifizierbar

ergab.

Die dritte und vierte Zahlenreihe steht für die Anzahl der Patienten innerhalb dieser 8 diagnostischen Subgruppen.

III

3.0 Beschreibung der Patienten

Der Zustand der "chronisch" psychiatrischen Patienten ist abhängig vom Zusammenspiel zwischen der schweren psychischen Erkrankung oder Behinderung, den therapeutischen Bemühungen, mit denen sie konfrontiert werden, der sozialen Situation in der Klinik sowie der sozialen Verhältnisse außerhalb der Klinik, die zuvor schon die soziale Eingebundenheit genannt wurde (COOPER und KUNZE 1980, 237). Aus diesem dynamischen Zusammenhang ließe sich dann auch eine eigentliche, mehrdimensionale diagnostische Beurteilunng, die sowohl biologische, psychologische, soziologische Kategorien beinhalten sollte, ableiten (REDLICH und FREEDMANN 1970, 382). Die diagnostische Realität von insbesondere chronisch psychiatrischen Patienteen sieht jedoch meist anders aus. Mehrfachdiagnosen, die differenziertere Beschreibung der Persönlichkeit, des Krankheitsbildes, auch der "Sozialdefekte" beinhalten könnten, gehören eher zu den Aufnahmepraktiken von Universitätsnervenkliniken, als zu denjenigen der Groß- und Landesnervenkliniken (HELMCHEN et al. 1972, 430). Wie es zu den Auswahlkriterien für die Verlegung und zur diagnostischen Beurteilung der vorliegenden chronischen Patienten kam, soll in den folgenden Kapiptel beschrieben werden.

3.1 Größere rehabilitative Chancen als Anlaß der Verlegung

Seit Anfang dieses Jahrhunderts bestehen wiederholt Bemühungen, die ab Ende des letzten Jahrhunderts entstandenen Großkliniken durch die Verlegung von Patienten in die kleineren Landeskliniken von ihrer zunehmenden Überfüllung zu entlasten (JANZARIK 1979, 4).

Im Rahmen dieser nie abgebrochenen Dezentralisierungsbemühungen wurde im Jahr 1969 auf dem Gelände einer städtischen Fachklinik eine neurologisch-psychiatrische Abteilung eröffnet, die u.a. auch dazu dienen sollte, eine Großklinik im Norden Berlins zu entlasten.

Durch die Überschaubarkeit einer zunächst kleineren klinischen Abteilung, die familienähnlichere Bezüge herzustellen vermochte und eine höhere Personaldichte sollten die iatrogenen Faktoren des "Institutionalismus" (WING und BROWN 1970) der mitverantwortlich für weitere psychische Störungen und deren Kernproblem die Chronizität ist, verringert werden.

Das Angebot eines größeren Freiraums sollte durch ein "Gewährenlassen-können" und aufgrund des überschaubaren Settings therapeutisch wirksam werden. Durch entsprechende Nachsorgeprogramme sollten sozialrehabilitative Chancen entwickelt und wahrgenommen werden.

Diese Abteilung war im Grünen Berlins gelegen und hatte nahebei eine sehr lebendige Kirchengemeinde, die sich von Anbeginn intensiv um die Patienten kümmerte und das Zusammentreffen mit anderen Gemeindemitgliedern ermöglichte. Da eine Beziehung zur Wohngemeinde, aus der die Patienten stammten, kaum gegeben war, bot die gemeindenahe Psychiatrie den chronischen Patienten insofern rehabilitative Hilfen an, als im Zeitraum von 10 Jahren (Untersuchungszeitraum)

1. häufige Ausflüge in die umliegenden Zentren der Kirchengemeinde, Ausflüge zu anderen Zielen, später auch Patienten-Reisen außerhalb Berlins, auf denen insbesondere soziale Kompetenzen reaktiviert werden konnten, durchgeführt wurden;

2. eine Teilhospitalisierung durch eine Tages- und Nachtklinik ermöglicht wurde;

3. Patienten-Clubs, darunter teilweise analytisch-orientierte, eingerichtet wurden;

4. die Möglichkeit des Arbeitens in beschützenden Betrieben für chronische Patienten im Verlauf bestand;

5. zur Entlassungsvorbereitung auf dem erweiterten Klinikgelände Übergangs-Wohngemeinschaften eingerichtet wurden.

Das Pflegepersonal, das weiterhin zu den mehr statischen Faktoren einer klinisch-therapeutischen Konzeption gehört, bestand zunächst im wesentlichen nur aus koreanischen Schwestern. Diese waren im Umgang mit

psychiatrischen Patienten wenig geschult und konnten daher zunächst keine wesentlichen Impulse zur Entwicklung der sozialen Fähigkeiten geben.

3.2 Entscheidungskriterien bei der Verlegung

Wichtiger Gesichtspunkt bei der Patientenauswahl für die beiden Chronikerstationen der kleineren Klinikeinheit war die Unerfahrenheit des Pflegepersonals. Im Hinblick darauf wurden deshalb Patienten ausgewählt, die in der pflegerischen Beschreibung und Beurteilung der Großklinik und in dem subjektiven Eindruck des Chefarztes und des Oberarztes der kleineren Klinikeinheit während der ersten persönlichen Begegnung mit dem Patienten im Umgang und im Verhalten als nicht so problematisch betrachtet wurden. Schwere und Dauer der Erkrankung waren dabei kein Kriterium. Es ging vielmehr darum, daß bei diesen Patienten eine längere Unterbringung als unausweichbar angesehen wurde und - aufgrund ihres bisherigen gezeigten Verhaltens - sie für leicht zu betreuende Patienten gehalten wurden.

Die Zahl 81 wurde von der Großklinik vorgegeben. Die Patienten kamen dann in 7 Verlegungsterminen (die ersten 30 Patienten an zwei aufeinanderfolgenden Tagen) über das Jahr 1969 verteilt (erster Verlegungstermin 15.07.1969, letzte Verlegungsgruppe am 24.11.1969) in die kleinere Klinikeinheit, nachdem sie über die Verlegung informiert worden waren und ihr "zugestimmt" hatten.

3.2.1 Geschlechtsverteilung

Eine eher willkürliche Entscheidung der Großklinik betraf die Verteilung von Männern und Frauen. Da in der Großklinik im Rahmen von Reorganisationsbemühungen gerade 2 Männerstationen renoviert wurden, kam es zu einer ungleichgewichtigen Verteilung von 64 Männern zu 16 Frauen.

3.2.2 Altersbeschreibung

Ebenso uneinheitlich ist auch ihre Altersverteilung. Da sich erst ab der Verlegung von der Großklinik in die kleinere Klinikeinheit ein eindeutiger beobachtbarer Zeitraum ergab, wurde der Zeitpunkt der Verlegung zum Ausgangspunkt der Altersbeschreibung. Es wurden 7 Altersgruppen erstellt, die sich zwischen 15 und mehr als 71 Jahren bewegten und sich wie folgt auf die 64 Männer und die 16 Frauen aufteilten:

	15-20 J.	21-30 J.	31-40 J.	41-50 J.	51-60 J.	61-70 J.	71u.m.
64 Männer	5(8%)	9(14%)	15(23%)	11(17%)	10(16%)	11(17%)	3(5%)
16 Frauen	-	-	1(6%)	5(31%)	3(19%)	3(19%)	4(25%)
80 insges.	5(8%)	9(14%)	16(20%)	16(20%)	13(16%)	14(18%)	7(9%)

Auffällig war hier nur, daß sich in den ersten 3 Altersklassen von 15-40 J. insgesamt 29 Männer und nur 1 Frau von 36 J. befanden. In der Altersgruppe von 41-50 J. bestand ein prozentuales Überwiegen der Frauen (31 %) im Vergleich zu den Männern mit nur 17 %. In den beiden Altersklassen von 51-60 und 61-70 J. ergab sich eine etwa gleichmäßige Altersverteilung der übrigen 24 Männer und 10 Frauen. Unter den ältesten Patienten der Verlegung (71 und mehr J.) befanden sich 25 % der Frauen insgesamt gegenüber 5 % bei den Männern.

3.2.3 Dauer des Aufenthaltes in der Großklinik zum Zeitpunkt der Verlegung

Obwohl die Dauer des Krankenhausaufenthaltes für die soziale Prognose von großer Bedeutung ist, war bei der Auswahl der vorliegenden Patientengruppe gerade dieses kein Kriterium. Es ging ja eher darum, Patienten auszuwählen, bei denen eine vermutete längere Verweildauer absehbar schien und eine "Chronizität" der Erkrankung vorlag oder zu befürchten war. Dieser Zustand sollte dann aber durch einen aufgelockerten institutionellen Rahmen u.a. im Sinne einer gemeindenahen Psychiatrie nicht noch weiter verschärft werden, sondern es sollte möglichen rehabilitativen Chancen Raum gegeben werden.

So ergaben sich Aufenthalte der Patienten von weniger als 3 Wochen (20 T.) bis zu 31 J. und eine Verteilung der Patienten auf folgende Verweilzeiträume in der Großklinik bis zur Verlegung in die kleinere klinische Einheit:[1)]

1-3 Mo.	3-6 Mo.	6-12 Mo.	1-3 J.	3-10 J.	mehr als 10 J.
16 Pat.	14	9	11	17	13
	39			41	

Es ergab sich also, daß knapp die Hälfte der Patienten, nämlich 39, sich nur bis zu 12 Mon., weitere 11 Patienten zwischen 1 - 3 J. in der Großklinik aufgehalten hatten.

Die Aufenthaltsdauer bis zu 3 J. zum Zeitpunkt der Verlegung von diesen 50 der 80 Patienten ließ eine Prognose insofern relativ günstig erscheinen, als man grundsätzlich davon ausgeht, daß sich erst ab dem 2. Jahr der Unterbringung die Entlassungschancen psychiatrischer Patienten drastisch verringern. Das hängt auch mit der im 2. Jahr erfahrungsgemäß stark absinkenden Besuchsfrequenz zusammen (JONAS et al. 1969, 74), wobei ja unter dem Gesichtspunkt der Rehabilitation der soziale Kontakt nach draußen eine erhebliche Rolle spielt und entscheidende Voraussetzung für eine Entlassung ist.

3.3 Diagnostische Beschreibung der Patienten

Als "chronische" Patienten werden gewöhnlich diejenigen Langzeitpatienten definiert, die sich länger als 2 Jahre in stationärer Behandlung befinden oder als "Dauerfall" aufgenommen wurden.

Im allgemeinen bezieht sich die Chronizität, wenn diese im Sinne einer psychiatrisch relevanten Erkrankung gebraucht wird, im wesentlichen auf zwei Tatbestände.

---

1) Frühere stationäre psychiatrische Behandlungen oder Aufenthalte in anderen vergleichbaren Institutionen sollen zu einem späteren Zeitpunkt eingehender erörtert werden (s. Kap. III.7.3)

Der erste Tatbestand ergibt sich schlicht aus der Addition der in Kliniken verbrachten Zeit. Der andere Tatbestand bezieht sich darauf, daß nach bisher gesammelten Erfahrungswerten gewisse Krankheitsbilder auf einen langfristigen Verlauf hinweisen bzw. nach dem Abklingen der akuten Erscheinungsformen mit einer langfristigen Rehabilitationsphase zu rechnen ist.

Gerade die letzte Erscheinungsform der langfristigen Rehabilitationsphase wird im zur Zeit noch häufig verwendeten Sprachgebrauch als "chronisches" Krankheitsbild bezeichnet, obwohl der ausschlaggebende Zeitfaktor nicht den Krankheitsverlauf selbst, sondern die anschließende Nachbetreuung der Patienten bis zu ihrer sozialen Rückkehr betrifft, so daß hier eher von Langzeitrehabilitations-Patienten zu sprechen wäre. Gleichwohl wird auch in dieser Arbeit einfachheitshalber der Begriff "chronisch" in dem bisherigen Sinne weiter verwandt.

Aus einer Vielzahl von Untersuchungen wird deutlich, daß auch heute noch die Krankengeschichten den Patienten - insbesondere den psychotischen - meist nur soweit erfaßt, bis einigermaßen feststeht, "daß er verrückt ist" (BACH 1980, 8), um dann entsprechend Psychopharmaka verabreichen zu können. Infolge deren rascher Wirkung bleibt dann die psychotische Krise als Orientierungskrise im Zusammenhang einer Lebensgeschichte nicht mehr verstehbar mit nachteiligen Folgen sowohl für Behandler als auch für die Nachbehandlung (BACH 1980, 8).

Die übliche psychiatrische Anamnese vermittelt ohnehin eher ein Bild der "Krankheitsgeschichte" als ein Bild des Patienten mit seiner Welt der Erfahrungen, wie "desymbolisiert" (LORENZER 1979) sie auch immer sein mag, und dient vorab der diagnostischen Einschätzung, wobei die sich daraus ergebende therapeutische Zielsetzung mit ihrer sozialen Dimension häufig außeracht gelassen wird (ROSEMEIER 1975, 186 f.; REDLICH und FREEDMANN 1970, 382 f.).

Wir problematisch grundsätzlich die Ein-Wort-Diagnose psychiatrischer Beurteilung aufgrund ihrer Eindimensionalität auch einzuschätzen ist (GÄRTNER-PETERHOFF und GÄRTNER 1975) - so kann hier jedoch nur mit den in der Krankengeschichte vorgefundenen psychiatrischen Betrachtungsweisen gearbeitet werden.

Die in den Krankengeschichten vorgefundenen psychiatrischen Beurteilungen enthielten Kategorien, die grob in ein stark vereinfachtes Diagnosenschema von 8 gängigen psychiatrisch-diagnostischen Klassen unterteilt werden konnten.[1] dabei gab es verschiedentlich Abweichungen von der ersten psychiatrischen Diagnose zur Enddiagnose bei der Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit oder zum Zeitpunkt der Spätkatamnese. Ausschlaggebend für die momentane Beschreibung ist jedoch nur die Enddiagnose.

Unter den 80 chronisch psychiatrisch Erkrankten fanden sich als weitaus größte Gruppe: 45 Psychosen insgesamt.

Diese wiederum bestanden aus: 34 Schizophrenen, davon waren 9 Frauen und 25 Männer.

Die Hälfte dieser Gruppe gehörte vom Erscheinungsbild zum paranoid-halluzinatorischen Formenkreis, wobei allein 5 der insgesamt 9 schizophrenen Frauen diese Diagnose erhielten (eine eingehende Betrachtung der diagnostischen Subgruppe erfolgt noch in einem späteren Kapitel).

Außerdem gehörten: - aus dem affektiven, manischen u.a. Bereichen -

11 Psychotiker dazu, davon waren 4 Frauen und 7 Männer

Es waren: 7 paranoid-halluzinatorische Psychosen im Senium, dabei die 4 Frauen
2 paranoide Psychosen bei Minderbegabung
1 Zyklophrenie mit vorwiegend manischen Phasen
1 Depression im Involutionsalter bei cycloider Psychopathie; beginnende senile Demenz

Auffällig hierbei ist, daß wiederum ein relativ hoher Anteil der insgesamt 16 Frauen paranoid-halluzinatorisch dekompensierten: (Vergleich zu den 5 der 9 schizophrenen Frauen, die dem paranoiden schizophrenen Formenkreis zugeordnet wurden).

---

1) Erhebungsbogen der WHO: Über ambulante, psychiatrische Versorgung 1970 - 71.

Die nächstgrößte Gruppe betraf die:

13 männlichen Oligophrenen
mit 4 Minderbegabungen und 9 Schwachsinnige mittleren Grades

dabei waren

4 frühkindliche Hirnschädigungen
1 Langdon Down
1 cerebrales Anfallsleiden
1 genuine Epilepsie

Unter den 12 Alkoholkranken befand sich nur eine Frau, bei der nach dem Tod des Mannes aufgrund von Vereinsamungsgefühlen 9 Jahre Alkoholabusus, eine abgeheilte Polyneuritis und eine alkoholbedingte Hepatose diagnostiziert wurden.

Außerdem wurden diagnostiziert:

6 an Korsakow Syndrom Erkrankte,

davon hatte

6 an Korsakow Syndrom Erkrankte,

davon hatte

1 Pat. zwangsneurotische Züge
1 Pat. eine allgemeine Hirnatrophie und verstarb an Metastasen des Zungengrundes
1 Diabetes mellitus

Desweiteren gab es:

1 Alkoholepilepsie mit nachfolgender epileptischer Wesensänderung; Differentiald.: Wesensänderung durch Alkohol
1 kombinierter Alkohol- und Schlafmittelmißbrauch
1 Pat. mit Alkoholmißbrauch, bei dem differentialdiagnostisch einmal eine hirnorganische Wesensänderung und zum anderen eine cycloide Psychopathie vermutet wurde.

Unter der Diagnosengruppe "andere organisch-psychiatrische Erkrankungen" ("Organiker"), einer Gruppe von 6 Patienten befand sich 1 Frau.

Es lagen vor:

1 cerebrales Anfallsleiden und sog. Altersparkinson nach Hirnverletzung während Ausbildung zum Infanteristen
1 hirnatrophischer Prozeß mit unspezifischen Anpassungsstörungen
1 Organpsychose (Hirntumor - 1 Frau)
1 Stirnhirnsyndrom nach Kriegsverletzung
1 Chorea Huntington mit Multipler Sklerose

Die 2 Patienten mit der Diagnose einer Demenz beschränkten sich auf:

1 Frau mit einer senilen Demenz und
1 Mann mit einer präsenilen Demenz mit paranoiden Gedankeninhalten, einer Coronarinsuffizienz und einer ausgeprägten Arteriosklerose.

Zu der Diagnose 'Persönlichkeitsstörungen' gehörte nur 1 Patient, dessen vorrangige Diagnose: Abnorme Persönlichkeit bei Grenzdebilität hieß. Er war wegen Diebstahl und Umtriebigkeit eingewiesen worden. Im Verlauf manifestierte sich dessen Verwahrlosung und Bindungslosigkeit in einer immer wiederkehrenden Fortläufer-Thematik.

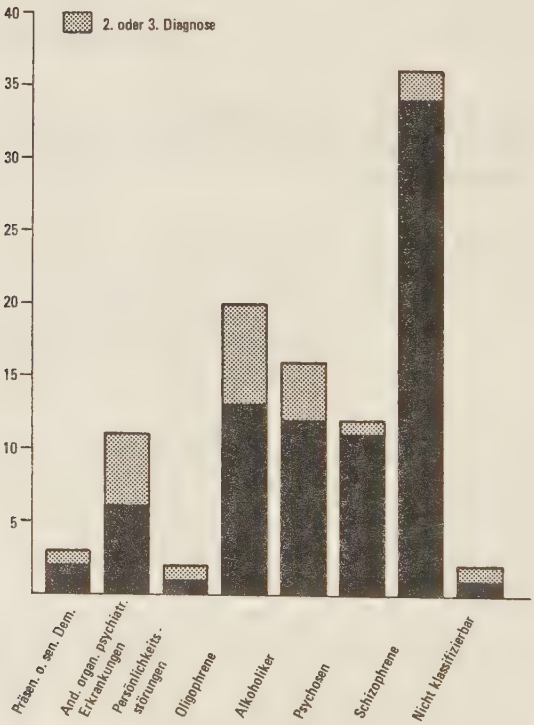
Der 1 Patient in der Rubrik "nicht klassifizierbar" hatte bis zur Entlassung nur eine vorläufige Diagnose: Depressives Syndrom bei fraglicher Hirnatrophie. Differential-diagnostisch wurde zum einen eine depressive Neurose mit hypochondrischen Zügen festgestellt, zum anderen ein hirnorganischer Abbau vermutet.

Im Verlauf zeigte der Patient starke Wünsche nach Abhängigkeit und Geborgenheit, dem Suizidversuche nach dem Tod der Frau vorausgegangen waren, die zu seiner Einweisung geführt hatten.

Bei den Mehrfachdiagnosen wurde die an erster Stelle stehende Diagnose als Hauptdiagnose gezählt. Einheitliche Kriterien oder verbindliche Regeln zur Festlegung der Reihenfolge von Mehrfachdiagnosen existieren nicht. Erscheinen neben der Hauptdiagnose weitere Diagnosen, so beziehen sie sich häufig auf die Ursachen oder Folgen der Grunderkrankung (HELMCHEN et al. 1972, 430).

So ergab die Analyse, daß bei 80 Patienten 22 mal (28 %) Mehrfachdiagnosen gestellt wurden, die jedoch als ergänzende (seltener phänomenologische) Beurteilung auf die 8 psychiatrischen Klassifikationskategorien bezogen werden konnten.

Dies soll anhand des folgenden Histogramms anschaulich gemacht werden:



Histogramm zur diagnostischen Aufschlüsselung : Neben 1. Diagnose weitere Diagnosen

In jeder Subgruppe wurden zwischen 1 - 7 Nebendiagnosen aus den anderen diagnostischen Klassen ermittelt:

- Präsenile Demenz	1 mal
- Organisch-psychiatrische Erkrankung	5 mal
- Persönlichkeitsstörung	1 mal
- Geistiger Entwicklungsrückstand	7 mal
- Alkoholerkrankung	4 mal
- Psychose	1 mal
- Schizophrenie	2 mal
- Nicht klassifizierbar	1 mal

Es kam insbesondere bei den Organikern, den Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand und den Alkoholerkrankten zu Mehrfachnennungen.

3.3.1 Anfangsdiagnose von Enddiganose unterschiedlich

Diagnostische Einschätzungen sind weitgehend abhängig von den ätiologischen Bemühungen des jeweiligen Untersuchers (HELMCHEN et al. 1972, 430), seiner tiefenpsychologisch fundierten Kenntnisse, die z.B. eine ätio-patho-genetische Sequenz verschiedener Krankheitsbilder zuließe (z.B. depressive Neurose, Alkoholismus, Delirium tremens), aber auch von den Praktiken und methodischen Unterschieden zwischen verschiedenen Kliniken. Die Definitionsversuche von psychischer Gesundheit bzw. Krankheit sind deswegen häufig "Sache subjektiver Beliebigkeit" (SCOTT 1968 bei BACH et al. 1981, 18) und diagnostischer Vorlieben. So differierten bei immerhin 28 von 80 (35 %) Patienten die Anfangsdiagnose ihrer psychiatrischen Karriere von der Enddiagnose (= Entlassungsdiagnose aus kleinerer Klinikeinheit oder Diagnose z. Zt. der Spätkatamnese bei in Klinik verbliebenen Patienten), wobei davon ausgegangen werden kann, daß in wenigen dieser Fälle ein echter Symptomwandel vorlag, der das klinische Bild derart veränderte.

Bei näherer Analyse dieser unterschiedlichen diagnostischen Ergebnisse, auch während des Verlaufs, entsteht folgendes Bild:

Bei 3 organisch psychiatrisch Erkrankten (50 %)

- von symptomatischer Psychose (prolongierter Dämmerzustand bei Epilepsie) zu cerebrales Anfallsleiden unklarer Genese, epileptische Wesensveränderung;

- von akuter Schizophrenie zu schizophrenem Defekt zu Organpsychose bei intracraniellem raumfordernden Prozeß;
- von symptomatischer Psychose bei Zustand nach Encephalomyelitis dissementa mit psycho-organischer Wesensveränderung zu Chorea Huntington, Multiple Sklerose.

Bei 5 Oligophrenen (38 %)

- von monokloider Idiotie zu Imbezilität bei Morbus Langdon down
- von Debilität zu Schwachsinn (mittl. Grades)
- von Imbezilität zu hochgradigem Schwachsinn
- von angeborener Idiotie erblicher Belastung zu Imbezilität zu Minderbegabung (Pat. Nr. 1410)
- von Schwachsinn mittl. Grades zu Debilität (Pat. 1411)

Bei den Patienten mit Entwicklungsrückstand läßt sich eine teils graduelle "Aufwertung" bezogen auf geistige Fähigkeit bei drei Patienten feststellen, eine Abwertung bei zwei Patienten.

So unbedeutsam diese diagnostischen Akzente innerhalb einer klinischen Erscheinungsform zu sein scheinen, werden entsprechend doch rehabilitative Bemühungen (z.B. Sozialtraining, heilpädagogische Maßnahmen, Arbeit in geschützten Werkstätten usw.) aufblühen oder verkümmern, wie dies in positiver Weise bei zwei Patienten dieser diagnostischen Subgruppe (Pat. 1410 und 1411) war, die trotz jahrzehntelanger Unterbringung in einem Übergangswohnheim mit einer lockeren Betreuung (Soziologe, Psychologin) leben und zum ersten Mal extramural arbeiten konnten.

Bei 2 Alkoholikern (17 %)

- von hirnorganischem Psychosyndrom mit leichtem Dämmerzustand zu Alkoholepilepsie mit nachfolgender epileptischer Wesensveränderung;
- von Psychopathie und chronischem Alkoholmißbrauch zu chronischem Alkoholmißbrauch

Bei 4 Psychotikern (36 %)

- von paranoid-halluzinatorischer Psychose zu Involutionsdepression;
- von paranoider Reaktion bei Schwachsinn zu paranoider Psychose;
- von schizophrener Katatonie zu paranoid-halluzinatorischer Psychose;
- von Depression zu Depression im Involutionsalter bei zykloider Psychopathie mit beginnender seniler Demenz.

Bei 13 Schizophrenen (38 %), dabei 5 innerhalb der schizophrenen Symptombilder. Die Fehldiagnosen der schizophrenen Patienten sollen im folgenden Kapitel nochmals gesondert erörtert werden.

Außer einer unterschiedlichen Akzentuierung innerhalb einer enger umgrenzten Symptomatologie und einer graduellen Veränderung der Intelligenzeinschätzung der Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand kam es bei insgesamt 13 Patienten zu eindeutig anderen Diagnosen, d.h. also bei immerhin 16 %. Ob hier nun eindeutige Fehlklassifizierungen oder ein Symptomwandel vorlagen, konnte bei der Nachuntersuchung nicht geklärt werden, da u.a. diese Patienten verstarben, bevor es zur spätkatamnestischen Nachuntersuchung kam.

Es läßt sich vielleicht auch für diese diagnostisch inhomogene Patientengruppe psychisch Kranker vermuten (wie es zuvor für Psychoneurosen ermittelt wurde), daß die Feststellung einer Fehldiagnose einmal von der Institution, die sie aufnimmt und behandelt abhängig ist, zum anderen aber auch davon, ob akut oder chronifiziert Erkrankte nachuntersucht werden. Für diese Patientenkohorte könnte man so getrost mit CREMERIUS (1980, 835) annehmen, daß "Je länger der Zeitpunkt zwischen (erster) Diagnosenstellung und Nachuntersuchung, desto kleiner wird naturgemäß die Zahl der Fehldiagnosen" sein (die Klammer wurde von der Verfasserin eingefügt). Man kann also eher davon ausgehen, daß es sich um eine geringe Anzahl von Fehlklassifizierungen bei diesen chronisch psychiatrisch Erkrankten handelt.

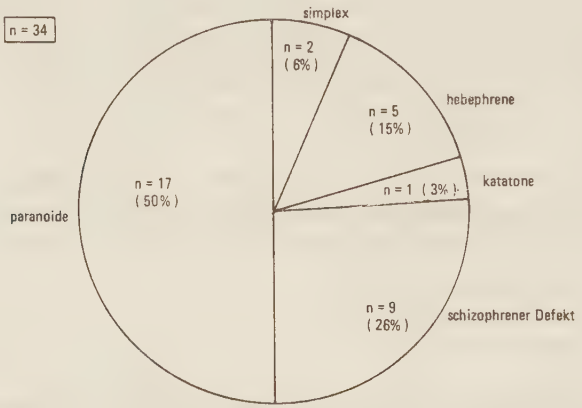
3.3.2 Diagnostische Subgruppe der Schizophrenien

Die diagnostische Subgruppe der 34 Schizophrenen, deren Krankengeschichte als einzige durchgängig die ICD-Schlüssel enthielten, konnte nochmals, wie folgt, in die einzelnen schizophrenen Symptombilder unterteilt werden (auch hier zählte nur die Enddiagnose):

Schizo.-simplex	ICD 295.0	2 Patienten (Männer)
Schizo.-hebephren	ICD 295.1	5 Patienten (1 Frau)
Schizo.-katator	ICD 295.2	1 Patient
Schizo.-paranoid	ICD 295.3	17 Patienten (6 Frauen)
Schizophrener Defekt (Spätschizo,)	ICD 295.6	9 Patienten (2 Frauen)
Insgesamt		34 Patienten

ICD 295.4 (akute schizophrene Episode) und ICD 295.5 (latente Schizophrenie) konnten unter den diagnostischen Einschätzungen dieser Subgruppe nicht gefunden werden, da es sich bei diesen Diagnosen naturgemäß weniger um ein chronisches Krankheitsbild mit einer vermuteten längeren klinischen Verweildauer handelt, als vielmehr um eine akute, vorübergehende bzw. um eine noch nicht eindeutig feststellbare Erkrankung.

Eine prozentuale Verteilung dieser unterschiedlichen psychopathologischen Zustandsbilder zeigt ein Kreisdiagramm:



Kreisdiagramm der diagnostischen Subgruppe der Schizophrenien in Absolut - und Prozentzahlen.

Das paranoide Erscheinungsbild nahm mit 17 (50 %) Patienten den breitesten Raum ein. Als nächste folgten 9 (26 %) schizophrene Rest- und Defektzustände, die sich bei 3 Patienten aus ehemaligen paranoid-halluzinatorischen Erscheinungsformen rekrutierten, d.h., es waren ursprünglich 54 % mit an einem paranoiden Syndrom Erkrankte.

Die Verteilung der psychopathologischen Bilder dieser Subgruppe von 34 Schizophrenen entspricht derjenigen der psychotischen Erstmanifestation eines Bonner Kollektivs (HUBER et al. 1979, 358) von 758 Kranken, die 1945 - 1959 bei stationärer Aufnahme als sichere Schizophrenien diagnostiziert wurden: Am häufigsten waren auch die paranoiden Bilder mit 54 %; Hebephrene 11 % gegenüber 15 % aus der vorliegenden Gruppe; Katatone traten auch im Bonner Kollektiv selten auf (4 % - in diese Gruppe gehörte nur 1 Patient - 3 %). Schizophrenie simplex wurde in der vorliegenden Gruppe bei 2 Patienten (6 %) festgestellt, blieb jedoch im Bonner Kollektiv unerwähnt, möglicherweise anderen Typen zugeordnet (z.B. Depressive, koänästhetische Initialsyndrome).

Die weitgehende psychopathologische Übereinstimmung der schizophrenen Subgruppe dieser Kohorte mit einem großen Kollektiv ermöglicht insofern auch Vergleiche mit evtl. anderen relevanten Bezügen, z.B. des Erkrankungsbeginns.

Schizophrenien ICD 295.	Anfangsdiagnose von Enddiagnose unterschiedl.		Vorhandensein präpsychotischer Sympt.	durchschnittl. manif. Erkrankungsalter i.J. (Spannweite)
	andere Diagnosen	innerhalb der schizophr. Psychopathologie		
n = 2 simplex 295.0			2	18 J. (17 - 19 J.)
n = 5 hebephrene 295.1	2		4	18,2 J. (14 - 27 J.)
n = 1 katatone 295.2			1	22 J.
n = 17 paranoide 295.3	2	2	13	28,5 J. (20 - 40 J.)
n = 9 schizophrener Defekt- und Rest. 295.6	4	3	6	38,3 J. (19 - 72,5 J.)
n = 34 insgesamt	8	5	26	
%	24%	15%	76 %	

Tabelle 1 Psychopathologische Bilder der diagnostischen Subgruppe der Schizophrenien (zum Zeitpunkt der Katamnese): Analyse bezogen auf Anfangsdiagnose und Enddiagnose unterschiedlich, Vorhandensein präpsychotischer Symptome in Absolutzahlen und Gesamtprozent; durchschnittlich manifestes Erkrankungsalter i. Jahren (Spannweite bei mehr als 1 Pat.)

So lag der manifeste Erkrankungsbeginn für die zwei Patienten mit einer Schizophrenie simpl. und für die 5 hebephrenen Patienten im Schnitt bei 18 J. (das eine katatone Bild bei 22 J.) gegenüber den hebephrenen

Bildern des Bonner Kollektivs, deren Erstmanifestation auch häufig noch im 3. Lebensjahrzehnt feststellbar war.

Die 17 paranoid-halluzinatorischen Anfangsbilder lagen im Mittel 10 J. später (28,5 J. bei einer Spannweite von 20-40 J.) und entsprachen so dem durchschnittlichen manifesten Erkrankungsalter des gleichen Typus des Bonner Kollektivs, bei dem der Erkrankungsbeginn nach dem 30. Lj. am häufigsten war.

Die 9 schizophrenen Defekt- und Restzustände waren im Mittel weitere 10 J. älter bei Krankheitsbeginn, nämlich 38,3 J., wobei sich eine Spannweite von 19-72,5 J. ergab.

Fehldiagnosen

Bei den 34 Schizophrenien unterschieden sich immerhin 13 (38 %) Diagnosen zu Beginn der Erkrankung von den Entlassungsdiagnosen (bzw. den Diagnosen zum Zeitpunkt der Spätkatamnese der in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen Patienten), wobei innerhalb der Symptombilder der schizophrenen Defekt- und Restzustände am häufigsten "fehldiagnostiziert" wurde.

5 davon waren den schizophrenen Symptombildern (s. Tab. psychopathologische Symptombilder) nicht "richtig" zugeordnet (wenn wir davon ausgehen, daß die Enddiagnose klinisch "richtiger" war).

Und zwar folgende Anfangsdiagnosen variierten zu den Enddiagnosen (der kleineren Klinikeinheit):

- 1 Patient (1718) mit der Diagnose einer Katatonie wurde im Verlauf dem paranoid-halluzinatorischen Typus zugeordnet (Erkrankungsalter 21 J.).
- 1 Patient (0706) wurde in der Großklinik als schizophrener Defekt betrachtet (bei einer Verweildauer von über 30 J. verständlicherweise) und bei der Enddiagnose als paranoid-halluzinatorisches Bild beurteilt.

- 3 Patienten (1728; 0707; 1713) entwickelten sich vom Bild einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie zum schizophrenen Defektbild mit Dauerveränderungen des Antriebs und des Affektes.

Es waren also 26 Patienten, die als Schizophrenien erkannt worden waren. 8 Patienten jedoch sind bei Krankheitsbeginn nicht als solche erkannt worden. Dies entspricht einem 24-%-igen "Falsch-Negativ".

Ein "Falsch-Positiv" ergab sich bei 4 %, nämlich bei 3 Patienten von 80, die irrtümlicherweise bei Krankheitsbeginn als aus dem schizophrenen Formenkreis stammende klinische Bilder klassifiziert wurden, nämlich:

- 1 Patientin mit einer organischen Psychose (anfänglich mit dem Bild einer akuten Schizophrenie).- 0201 -
- 1 Patient mit psychopathologisch abnormer Persönlichkeit (früher: Hebephrenie). - 1301 -
- 1 Patient mit paranoid-halluzinatorischer Psychose (früher: schizophrene Katatonie). - 0604 -

Siehe auch Kap. III.3.3.1 Anfangsdiagnosen von Enddiagnosen unterschiedlich.

Die 8 (24 %) "falsch-negativ"-Fälle wurden wie folgt beschrieben, bzw. klassifiziert:

Bei Krankheitsbeginn	im Verlauf	bei Entlassung bzw. Spätkatamnese
1. Depressive Neurose (Pat. 1723)	psychotische Reaktion bei depressiver Verstimmung	paranoid-halluzinatorische Schizophrenie (mit Defektbildung) ICD 295.3
2. Cerebralsklerotische Demenz (Pat. 1709)		Spätschizophrenie ICD 295.6
3. frühkindl. Hirnschädigung als Hintergrund von Auffälligkeiten (Pat. 0702)	Schizophrenie	Schizophrenie, vorwiegend hebephrener Art ICD 295.1

Bei Krankheitsbeginn	im Verlauf	bei Entlassung bzw. Spätkatamnese
4. neurotische Fehlentwicklung mit regressivem u. infantilem Verhalten. Neigung zu psychogenen Ausnahmesituationen (Pat. 1717)	akute Psychose para-halluzin. Psychose mit anankastischem Syndrom	paranoid-halluzinatorische Schizophrenie ICD 295.3
5. schwere Psychopathie mit ausgeprägten zwangsneurotischen Zügen (Pat. 1720)		Spätschizophrenie ICD 295.6
6. leichte Commotionspsychose bei schizothymer neurotischer Persönlichkeit (Pat. 1721)		Defektschizophrenie ICD 295.6
7. neurotische Fehlentwicklung, Verwahrlosung, Suizidalität (Pat. 1719)		Hebephrenie ICD 295.6
8. paranoide Psychose (Pat. 1711)		Restschizophrenie ICD 295.6

Bei einer weiteren Patienten (1733), die innerhalb dieser Untersuchung zu den paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien aufgrund der Entlassungsdiagnose (die aber nicht gesichert war) gezählt wurde, war bei Erkrankungsbeginn zunächst eine chronisch abnorme Erlebnisreaktion festgestellt worden. In der Großklinik blieb die Frage, ob es sich um einen psychotischen oder neurotischen Prozeß handele, offen. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lehnte die Patientin eine Nachbefragung strikt ab mit der Begründung, daß ihr damals - bezogen auf die diagnostische Einschätzung - eine Überschätzung ihrer "Ehekrise" (die sich dann wohl zu einer Lebenskrise weitete) in der Klinik Unrecht getan worden sei.

Gerade an dieser obigen Auflistung ist erkennbar, wie tendenziell eher vorsichtig und tastend die Erstdiagnosen gestellt wurden und es wird noch einmal deutlich, wie schwierig derart diagnostische klassifizierende Zuordnungen sind.

Ob nun bei den vorliegenden Fällen tatsächlich eine Fehldiagnose vorlag oder diese sog. Fehlklassifizierungen dadurch zustande kamen, daß die klinischen Bilder von Patienten psychopathologisch auch eher anderen Diagnosegruppen gleichen, kann und soll hier nicht beurteilt werden (BAUMANN 1974, 102).

3.3.3 Symptome vor der Manifestation der Psychose[1)]

Eine psychotische Erkrankung kann einen akuten oder schleichenden Beginn nehmen oder sich durch uncharakteristische Prodromalerscheinungen ankündigen.

Der Anfang einer Psychose zeigt sich als eine typische Persönlichkeitsstörung und führt zu einem Kontaktverlust des vertrauten Erlebens mit der bislang vertrauten Umwelt.

Die sog. "präpsychotischen" Symptome lassen sich vielleicht besser - insbesondere wenn sie zeitlich weiter zurückliegen - und allgemeiner als Auffälligkeiten im Verhalten, in der Leistungsfähigkeit, in der Beziehungsgestaltung, in der Stimmung beschreiben und verstehen.

Symptome vor der psychiatrischen Manifestation der Psychose zeigten:[1)]

7 von 11 Psychotikern (64 %) und
22 von 34 Schizophrenen (65 %),

wobei die "präpsychotischen" Symptome innerhalb der unterschiedlichen psychopathologischen Zustandsbilder in etwa gleichmäßig verteilt waren (s. auch Tab.: Psychopathologische Zustandsbilder der Subgruppe der Schizophrenen).

Eine Auflistung der "präpsychotischen" Symptome vermittelt ein Bild der Art und Häufigkeit der klinisch-relevanten oder interessanten Auffälligkeiten, die bei 29 von insgesamt 45 psychotisch Erkrankten vor

---

1) Es wurde unterschieden zwischen Einweisung in die Psychiatrie (psychiatrisch manifest) und dem akuten oder schleichenden Krankheitsbeginn, der sich durch "prä"-psychotische Symptome ankündigt.

ihrer ersten Einweisung (2 Tage zuvor bis zu 3 Jahren) festgestellt werden konnten (Anzahl der Pat.):

Suizidgedanken und -absichten	(8)
Straßenlärm und Kinderlärm als störend empfunden	(1)
Verwahrlosung	(5)
heftige Schuldgefühle	(1)
Leistungsknick	(11)
Größenideen	(1)
Kontaktabbruch, Rückzug, Verschlossenheit	(4)
häufiger Stellenwechsel	(3)
Erschöpfung	(1)
Mißtrauen	(1)
Verhaltensauffälligkeiten	(3)
Folie à deux (mit Angehörigen)	(2)
exzessives Trinken	(1)
Schlaflosigkeit	(4)
Unruhe	(2)
Berührungsangst	(1)
Ängstlichkeit (allgemein)	(2)
unmotivierte Käufe	(1)
unmotiviertes Reisen	(4)
häufige Umzüge	(1)
Beeinträchtigung durch Hausbewohner	(2)
Stimmenhören	(3)
Gewichtsabnahme	(1)
Herzbeschwerden	(1)
psychogene Kopfschmerzen	(1)
aggressive Erregung	(6)
Totschlag	(1)
unverständliches Reden	(2)

So glaubte Patient (0605) schon Jahre vor der psychiatrischen Erkrankung, Millionär zu sein und machte entsprechende Käufe und Schulden.

In welcher Weise das Wissen um derartige - zunächst nur krisenbedingte - Auffälligkeiten hilfreich durch bewußtere Einschätzung sein kann, um eine psychotische Dekompensation zu antizipieren und sie vielleicht durch eine evtl. Inanspruchnahme von fachlicher Hilfe zu verhindern, kann hier nicht beantwortet werden. Viele dieser Auffälligkeiten könnten Hinweise geben, aber gleichermaßen ebensoviele führen ein Schattendasein, bleiben dem bewußten Erleben unzugänglich oder werden von den Betroffenen verleugnet oder rationalisiert, weil der Einbruch des Dunklen und Unbekannten in Angst und Schrecken versetzt.

Bekanntermaßen sind es wenige psychotische Patienten, die bei wiederholten Rezidiven diesen "Vorkrisenzustand" als höchste Alarmstufe einzuschätzen lernen und sich daraufhin in den Schutz einer stationären Behandlung begeben.

4.0 Unterbringungsmodi und Pflegschaft

Die Art der Unterbringung (freiwillig oder per Gerichtsbeschluß) eines Patienten - sieht man sie nicht nur als Vergewaltigung des sozialen Status, wie es u.a. SCHEFF (1973, 129) tut - zeigt einmal den Schweregrad seiner Störung, zum anderen gibt sie auch Aufschlüsse über dessen Einstellung zur eigenen Erkrankung und damit auch über seine innere Motiviertheit für die klinische Behandlung. Das sog. "Arbeitsbündnis", in dem der Patient freiwillig (sei es auch erst im Verlauf seiner Patientenkarriere) einer Behandlung zustimmt und sie selbst auch mitträgt, veranlaßt zu der Annahme einer günstigeren Prognose für eine evtl. Rehabilitation oder zumindest Entlassung aus stationär-verwahrender Betreuung, da sie sich auf seine Mündigkeit bezieht und der Patient den Status eines gleichberechtigten Partners innehat: Hierbei werden die Entlassungsabsichten beider Seiten spürbar.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Unterbringung		Pflegschaft (für Aufenthalt; Vermögen; Heilbehandlung)		
		freiwillig: bei Einweisung oder i. Verlauf; mit Einverstandnis d. Eltern	untergebracht nach: § 1; § 2, § 1800; § 1915	Berufspfleger, Institution	Familie	Keine
2	präsenile oder senile Demenz		2	2		
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	2	4	4		2
1	Persönlichkeitsstörung	1		1		
13	Oligophrenie	3	10	10	3	
12	Alkoholismus	2	10	9		3
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	1	10	7	1	3
34	Schizophrenien	11	23	29	1	4
1	nicht klassifizierbar	1		1		
80	Insgesamt	21	59	63	5	12
	%	26 %	74 %	79 %	6 %	15 %

Tabelle 2 Unterbringungsmodi und Pflegschaft in Absolutzahlen und Gesamtprozent

21 Patienten (26 %) waren freiwillig in stationär-psychiatrischer Behandlung, wobei hier bei den jüngeren Patienten auch das Einverständnis der Eltern mitgezählt wurde und ebenso der erst im Verlauf der Behandlung wiedererlangte Status der "Freiwilligkeit". 10 dieser Patienten (48 %) waren zum Zeitpunkt der Spätkatamnese entlassen (6 waren verstorben; 5 verblieben in der kleineren Klinikeinheit).

59 Patienten (74 %) waren zum Zeitpunkt der Katamnese (1969) und 1979 zum Zeitpunkt der Spätkatamnese (dabei alle in kleiner Klinikeinheit verbliebene Patienten) "zwangsweise" infolge eines Gerichtsbeschlusses und nach §§ 1; 2; 1800 u. 1915 des BGB untergebracht. Die Mehrzahl der Patienten aus dieser Kohorte waren also - zumindest zeitweilig - ihrer bürgerlichen Rechte (aber auch der Pflichten) enthoben.

Es konnten dennoch 20 (33 %) dieser 59 "zwangsweise" untergebrachten Patienten im Verlauf entlassen werden, so daß zum Zeitpunkt der Spätkatamnese nur 16 (27 %) Patienten weiterhin stationär untergebracht waren (21 der ehemals untergebrachten Patienten - (36 %) - waren verstorben, 16 - (27 %) - verblieben in der kleineren Klinikeinheit).

Die Diskrepanz von 13 % zwischen den ehemals "freiwillig"-Entlassenen und den "untergebracht"-Entlassenen ist zwar nicht hoch, aber zumindest erwähnenswert im Hinblick darauf, daß die zugebilligte Mündigkeit sich prognostisch wirklich auszahlt und gerechtfertigt erscheint. Daß 7 Patienten (33 %) des freiwilligen Status zum Zeitpunkt der Spätkatamnese stationär behandelt wurden, hängt damit zusammen, daß sie im Verlauf diese Entscheidungsfähigkeit wiedererlangten, aber dennoch behandlungsbedürftig blieben.

Wieviele Patienten durch eine Pflegschaft tatsächlich (selbst mit einem "freiwilligen" Krankenstatus) entmündigt waren, dokumentiert die hohe Anzahl der Patienten, nämlich 63 (79 %), die die Bereiche Aufenthalt oder Vermögen oder Heilbehandlung (oder eine Kombination dieser drei) einem Berufspflege oder der Fürsorge (einer Institution) zur Entscheidung oder Zustimmung überlassen mußten. Nur 5 Patienten (6 %) hatten Angehörige, die sich um deren Belange kümmerten.

12 dieser 80 chronisch-psychiatrischen Patienten (15 %) blieben trotz der Schwere oder der Länge ihrer Erkrankung für ihre Belange voll verantwortlich. Die Hälfte (6) dieser Patienten lebten zum Zeitpunkt der Spätkatamnese außerhalb stationärer Unterbringung (2 waren verblieben; 4 verstorben).

Im prozentualen Vergleich von 451 psychiatrischen Langzeitpatienten, die nach 1971 untersucht wurden (STEINGRÜBER et al. 1975, 207), findet sich eine erhöhte Anzahl von insgesamt für "mündiger" gehaltene Patienten:

So befanden sich freiwillig 144 Patienten (32 %) in stationärer Behandlung.
Eine Pflegschaft betraf 137 Patienten (30 %).
Eine Entmündigung betraf 95 Patienten (21 %).
Eine Amtsvormundschaft betraf 18 Patienten (4 %).

III

Katamnese

Während die Ergebnisforschung damit beschäftigt ist, die Spätzustände zu erfassen, dient die differenzierte Prozeßforschung der Erfassung von Verlaufsformen und der Frage nach den inneren und äußeren Faktoren des Patienten, die seinen Lebens- und Leidensweg mitbestimmen.

Das Problem der Katamnesenforschung für chronisch psychiatrisch Erkrankte liegt darin, daß keine einheitlichen Beurteilungskriterien zu finden sind, die zu einem verbindlichen Ergebnis führen könnten.

Angesichts dieser Schwierigkeiten soll nun - vorrangig anhand diagnostischer Analysen und geschlechtsspezifischer Vergleiche (u.a. an Fallbeispielen) - versucht werden, die dynamische Beziehung zwischen psycho-physischer Entwicklung und nachfolgenden Lebensereignissen unter besonderer Berücksichtigung ihrer sozialen Dimensionen aufzuzeigen.

Im Sinne der Zielsetzungen der Arbeit werden fortlaufend Hypothesen gebildet, die als Arbeitsgrundlage dienen und die das Problemfeld schrittweise eingrenzen sollen.

1.0 Familienstand

Über Heiratshäufigkeit, Scheidungsrate und eheliche Fruchtbarkeit von neurotisch Erkrankten gibt es in der einschlägigen Literatur keine einheitlichen Ergebnisse. Die Abweichungen von der Normalbevölkerung scheinen unerheblich zu sein (CREMERIUS 1980, 835).

Schwere psychische Erkrankungen werden jedoch bei Geschiedenen in späteren Jahren überdurchschnittlich häufig festgestellt (BRISCOE et al. 1973, 119 ff.). Ebenso wie ledig Gebliebene sind auch Geschiedene tendenziell eher Isolation und psychischer Labilität ausgesetzt als Verheiratete oder auch Verwitwete, die trotz Verlust doch noch auf die dazu gewonnene Familie als soziales Bezugsfeld zurückgreifen können.

Bei alleinstehenden chronisch Hospitalisierten ist eine Rehabilitation mit besonderen Schwierigkeiten verbunden (DILLING und WEYERER 1978, 248). So mindern die prämorbiden Persönlichkeitsmerkmale, die einer Partnersuche und einer Verheiratung eher entgegenstehen, auch die Entlassungschancen der Betroffenen.

Untersuchungen von stationärer Behandlung chronisch Schizophrener in der BRD haben bestätigt, daß unter allen sozialen Faktoren

"die Kriterien verheiratet bzw. nicht verheiratet im günstigsten bzw. ungünstigsten Sinne die engste Korrelation zur Dauerhospitalisierung aufzuweisen" scheinen (HARTMANN und MEYER 1974, 4).

Eine Arbeitshypothese soll nun folgendermaßen lauten:
Unter chronisch psychiatrischen Patienten befinden sich vermehrt alleinstehende Personen.
Wie sieht das nun bei unserer Gruppe aus?

Familienstand	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	getrennt lebend
80 Patienten	49	5	7	16 ←	3
%	61 %	6%	9 %	20 %	4 %
95 % Vertrauensbereich in %	50 % - 72 %	2 % - 14 %	4 % - 17 %	12 % - 30 %	1 % - 11 %
Normalbevolkerung	40 %	50 %	8 %	2 %	
Berlin 1967	33%	48%	14%	5%	

Tabelle 3 Familienstand der 80 Patienten in Absolut- und Prozentzahlen (95 % Vertrauensbereich der Binomialverteilung) und Bevölkerungsvergleich (Statistisches Jahrbuch der Bundesregierung 1970) zum Zeitpunkt der Katamnese (1969) u. Berlin Vergleich (1967)

In der vorliegenden Gruppe wird die soziale Isolierung und die daraus folgende Labilisierung besonders am Familienstand deutlich. So blieben von 80 Patienten insgesamt 49 ledig = 61 % (daraus berechneter 95 %-iger Vertrauensbereich der Binomialverteilung von 50 - 72 %). Das statistische Jhrb. der Bundesregierung weist für das Jahr der Verlegung (1969) die Ledigen der Normalbevölkerung der BRD mit 40 % aus. Die Ledigen der Normalbevölkerung Berlins 1979 (statistisches Jhrb./Berlin 1980) werden mit 36 % angegeben. Beim Vergleich ist die vorliegende Patientengruppe sowohl zum Zeitpunkt der Katamnese - 1969 - als auch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese - 1979 - mit einer überhöhten Rate von mehr als 20 % Lediggebliebener auffällig.

5 Patienten waren noch zum Zeitpunkt der Katamnese verheiratet, d.h. 6 % (mit einer Binomialverteilung von 2 - 14 %) gegenüber 50 % im Bevölkerungsvergleich. Diese hohe prozentuale Diskrepanz gibt Hinweise darauf, wie ein soziales Eingebundensein in eine Familie, die eine chronische Institutionalisierung hätte verhindern können, bei dieser Patientengruppe kaum gegeben war. Tatsächlich waren es zum Zeitpunkt der Spätkatamnese noch weniger, nämlich nur 3 Patienten (von 52 Lebenden), da 2 weitere verstarben, die einen Partner hatten, der ihre "soziale Rückkehr" ermöglichte.

Die prozentuale Verteilung der Verwitweten unterscheidet sich erwartungsgemäß nicht von der Normalbevölkerung.

Beim Familienstand der Geschiedenen ist jedoch auch wieder eine erhebliche Diskrepanz mit 20 % (Binomialverteilung 12 - 30 %) in der Patientengruppe gegenüber 2 % im Bevölkerungsvergleich feststellbar. Darüber hinaus kamen zu den 16 geschiedenen Patienten zum Zeitpunkt der Spätkatamnese noch weitere 3 getrennt lebende Patienten dazu, so daß es sich tatsächlich sogar um 24 % Geschiedene handelte.

Die Ausgangshypothese kann mit 90 % alleinstehender Patienten schon zum Zeitpunkt der Katamnese (also ohne die Getrenntlebenden hinzuzurechnen) voll bestätigt werden.

Zieht man abschließend noch die prozentuale Verteilung der Personenstandsmerkmale von 4 Berliner Nervenkliniken 1969 (deren Krankenpopulation gegenüber der Gesamtbevölkerung ebenso deutlich weniger verheiratete und mehr geschiedene Personen enthält) als Vergleich hinzu, so läßt sich für die Kohorte der chronisch psychiatrisch Erkrankten feststellen, daß die Anzahl der Ledigen und Geschiedenen (bzw. Getrenntlebenden) - "zu Lasten" der Verheirateten (bzw. der Verwitweten) - immer noch erheblich höher liegt.

	Krankenpopulation in 4 Berliner Nervenkliniken 1969 (n=7511)	Kohorte der chronisch psychiatr.Erkrankten (n=80)
Ledige	32 %	61 %
Verheiratete	37 %	6 %
Verwitwete	16 %	9 %
Geschiedene	15 %	20 %
Getrennt	0,8 %	4 %

Diese erhebliche Diskrepanz läßt sich folgendermaßen erklären: bei der Interpretation dieser Zahlen darf nicht außer acht gelassen werden, daß es sich bei der Krankenpopulation der 4 Berliner Nervenkliniken nur um den sog. dynamischen, nämlich den seit 01.01.1968 aufgenommenen und 1969 abgegangenen Teil der Patienten handelte (HELMCHEN 1972,430). Dieser "Teil einer Teilmorbidität" bezogen auf den Personenstand, erfaßt nicht den statischen Teil der lang- und dauerhospitalisierten Patienten, die - wie sich bei unserer Kohorte zeigt - eine erheblich andere Verteilung ergäbe.

1.1 Bedeutung der Partnerschaft

Nach STIERLIN (1971, 81 ff.) wird aus der "Referenzkartei der inneren Objekte" ein Partner ausgesucht. Wird jedoch überhaupt keine Partnersuche eingeleitet - z.B. weil die Ablösung aus der Herkunftsfamilie nicht gelingt - und findet keine Partnerwahl statt, so kann der Betroffene die Konflikte mit seinen inneren Objekten - geprägt durch die

familiären Objekte - nicht in einer realen Beziehung austragen bzw. sie auf ein Außenobjekt übertragen.

Unter Übertragung versteht man die Projektion von Anteilen innerer Objekte, die mit dem äußeren Objekt gekoppelt werden. In Extremfällen wird das reale (Außen-) Objekt ganz durch das projizierte innere Objekt ersetzt (wie in manchen Psychoseformen).

"Die Funktion der Übertragung selbst sehen wir in einer innerpsychischen Entlastung bei miteinander in Konflikt stehenden Objekten und Selbstanteilen durch Verlagerung eines Selbst- oder Objektanteils nach außen, wo es dem inneren aggressiven Zugriff entzogen ist oder aber im interpersonellen Vorgang bekämpft werden kann (Unterstreichung d. Ref.); die Auseinandersetzung findet dann gleichsam nicht im eigenen Lande statt." (KÖNIG und TISCHTAN-SCHRÖTER 1982, 272).

Fehlt nun ein derartig realer Übertragungspartner, so können die in Konflikt miteinander stehenden inneren Objekte (gute und böse Mutter z.B.) bedrohlich erlebt werden und den Betroffenen in seiner Integrität und Selbstidenität verunsichern.

Ein Vertrautwerden mit der Umwelt wird u.a. dann erschwert, wenn Außenobjekte als Übertragungspartner nicht verfügbar sind oder diese nicht so sind,

"wie man sie erwartet oder kennt ... dann treten mehr oder weniger ausgeprägt Angst und ein Gefühl des Isoliertseins auf; man könnte auch sagen: ein Gefühl des Befremdetseins." (KÖNIG und TISCHTAN-SCHRÖTER 1982, 272).

So kommt es, daß Menschen, deren Kontakt zur Umwelt eher dünnhäutig und nicht verläßlich ist, keine Partnerwahl treffen können, weil sie die inneren Objekte mit realen Objekten nicht annähernd deckungsgleich bringen können und so ihnen das Maß der Vertrautheit fehlt.

Eine Partnerwahl erfolgt natürlich nicht allein aufgrund der "Einsicht" in die Notwendigkeit des Vorhandenseins eines Übertragungs-

partners. Die projektive Übertragung bleibt ja ohnehin meist ein unbewußter Vorgang. Legt man sich auf einen Partner fest, möchte man mit ihm "zusammen seine Lebensgeschichte gestalten" (WILLI 1975, 33). Neben der Befriedigung von unterschiedlichen Versorgungswünschen und dem Wunsch eine eigene Familie zu gründen, soll mit dem vertrauten Partner die persönliche Einsamkeit in eine Zweisamkeit umgewandelt werden. Eine Partnerschaft erfordert jedoch Mut zur echten Auseinandersetzung mit dem anderen, ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassung.

Kommt es nicht zu einer Partnerschaft, fehlen diese realen Auseinandersetzungsmöglichkeiten, die wichtige Dimensionen des Lebens abdecken, u.a. sich Forderungen einer Außenwelt (die ja der "Andere" vertritt) zu stellen als Quasi-Probehandeln. D.h. auch: ein Leben in Gemeinsamkeit als reale Aufgabe annehmen, wobei unumgänglich bleibt, daß eine gegenseitige helfende Förderung in der Partnerschaft ausgewogen sein muß, um zu einer langfristig tragenden Beziehung zu wachsen (HENDERSON 1982).

Mit der Festlegung auf einen Partner werden mögliche andere Partner ausgeschlossen. Die Paarbildung hat jedoch auch noch einen weiteren Ausschlußcharakter: Es geht nämlich um die krisenhafte Ablösung aus inzwischen als unbefriedigend erlebten Verhältnissen im Elternhaus. In dieser Zeit der "Paarung" tauchen nicht selten vielerlei - auch diffuse - Ängste auf: Angst davor, sich aus dem Elternhaus zu lösen; davor, sich dem Partner auszuliefern; Angst vor dem Sich-endgültig-Festlegen; Angst vor Bindung, Verpflichtung und Verantwortung; Angst davor, an der gemeinsamen Aufgabe oder an den Anforderungen der Sexualität zu scheitern.

"Es kommt in der Zeit vor der Heirat nicht selten zu Depressionen, panikartigen Fluchtreaktionen, neurasthenischen Beschwerden, Angstzuständen, Identitätskonfusion bis zur Psychose." (WILLI 1975, 34)

Latente Identitätsschwächen werden häufig erst in der engen und körperlichen Intimität eines Liebesverhältnisses manifest (ERIKSON 1956/57, 114 ff.). Werden jedoch all diese Belastungen überwunden und kommt es zu einer Bindung, so kann davon ausgegangen werden, daß auch in

anderen Bereichen das Identitätsgefühl einen nicht unerheblichen Zugewinn an Sicherheit erfährt.

So erfordert nach LIDZ (1970, 572)

"jede Ehe- und leistet auch, wenn sie glücklich ist - eine tiefgehende Um- und Neustrukturierung der Persönlichkeit beider Partner durch die deren weitere Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig beeinflußt wird. In der Gemeinsamkeit der Ehe werden bestimmte Funktionen geteilt, andere von dem einen oder anderen Partner allein getragen und damit gewisse Aspekte der Individualität eines jeden aufgegeben. So werden, indem die Persönlichkeit in der Beziehung zum Partner neue Gestalt gewinnt, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Charakterzüge stärker hervortreten, andere dagegen an Bedeutung verlieren ... Vor allem in den kleinen Dingen des täglichen Lebens suchen die Partner Übereinstimmung zu finden, wodurch sich eines jeden Leben auf den anderen hin bewegt."

Dieser teilweise als gefährlich erlebte Anpassungsprozeß der gegenseitigen Umstrukturierung kann oftmals aus innerer Konflikthaftigkeit nicht bewältigt werden. Dies betrifft z.B. die Frage, wieviel Anpassung in der Beziehung ohne Selbstverlust erlaubt ist, d.h. wieviel Nähe jemandem erträglich ist. Probleme der Nähe und Distanz drücken sich einmal in Verschmelzungsängsten als auch im erlebten Getrenntsein vom anderen, der sich in seinen Meinungen und Empfindungen unterscheidet, aus und können zu Störungen führen. Nach CARUSO (1968) muß das Paar lernen, daß zur Liebe auch Trennung gehört und daß die Andersartigkeit des Partners eine Erweiterung eigener Erfahrungen ist.

In einer Zeit, in der jahrhundertelang tradierte Organisationsformen der Familie zunehmend mehr einem Wandel unterzogen werden, d.h., in der die bäuerliche und bürgerliche Großfamilie zu einem 2 - 3 Personen-Haushalt schrumpft, wird die Partnerschaft für den einzelnen umso bedeutsamer.

Bezogen auf die psychiatrisch Erkrankten jeglicher "Couleur" ist gerade

"'die lebensweltliche Verankerung', d.h. die vorhandene oder nicht vorhandene Geborgenheit in zwischenmenschlichen Bindungen an Partner und Familienangehörige ... von entscheidendem Einfluß auf die Rehabilitationschancen." (VOGEL und VLIEGEN 1975, 574)

1.2 Diagnose und Familienstand

Aus den Betrachtungen des vorangegangenen Kapitels kann nun folgende Arbeitshypothese gebildet werden:

1. Ledige und Alleinstehende (Geschiedene und Verwitwete) sind eher gefährdet. Partnerschaft ist präventiv (auch sekundär-präventiv).

Hinsichtlich der unterschiedlichen Diagnosen sollen noch zwei Unterthesen als Arbeitsgrundlage dienen:

1. Wegen "Geisteskrankheit" wird nur selten eine Ehe geschieden (Statistik der Ehescheidungen; STRUCK 1980, 292).

2. Wegen Alkoholismus ist eine endgültige eheliche Zerrüttung nur selten vermeidbar (STRUCK 1980, 293).

Statistiken aus den Ehe- und Beratungsstellen zeigen, daß "der Anteil von Psychosen (jedweder Genese) an ernsten Ehestörungen im Durchschnitt unter 1 % liegt." (STRUCK 1980, 292) Trotz deutlicher Beziehungsstörungen innerhalb der Partnerschaft wird häufig beim gesunden Partner eine Art Fürsorgepflicht aktualisiert, die dann eine Trennung verhindert. Dies wird bei endogenen und hirnorganischen Psychosen, aber auch bei chronisch verlaufenden Prozeßpsychosen beobachtet (STRUCK 1980, 293).

Anz.	Diagnosen	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	getrennt lebend
2	präsenile oder senile Demenz	2 (100 %)				
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	3 (50 %)	1 (17 %)	1 (17 %)	1 (17 %)	
1	Persönlichkeits-störung	1 (100 %)				
13	Oligophrenie	13 (100 %)				
12	Alkoholismus	4 (33 %)	2 (17 %)	2 (17 %)	3 (25 %)	1 (8 %)
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	5 (45 %)	1 (9 %)	2 (18 %)	2 (18 %)	1 (9 %)
34	Schizophrenien	21 (62 %)	1 (3 %)	1 (3 %)	10 (29 %)	1 (3 %)
1	nicht klassifizierbar			1		
80	Gesamt	49	5	7	16	3
	%	61 %	6 %	9 %	20 %	4 %

Tabelle 4 Analyse bezogen auf Diagnose und Familienstand in Absolut- und Prozentzahlen zum Zeitpunkt der Katamnese

Wie sieht nun der Familienstand bei den einzelnen Diagnosen der 80 chronisch psychiatrisch Erkrankten aus?

Es blieben insgesamt 49 von 80 Patienten (61 %) ledig.

Davon betroffen waren beide Patienten der Diagnosen präsenile oder senile Demenz.

3 von 6 Organikern (50 %) blieben auch unverheiratet.

Der ledig gebliebene Patient mit Persönlichkeitsstörung (1301) gab zum Zeitpunkt der Spätkatamnese an,

er habe viele Freundinnen gehabt, aber nicht geheiratet wegen schlechter Erfahrungen. Er habe selbst eine schöne Frau sein wollen, um von Freiern ausgehalten zu werden. (passiv orale Haltung)

Abhängig von der Schwere ihrer Behinderung, der frühen Manifestation der Erkrankung und aufgrund der regressiven Bindungen an Bezugspersonen, die außerdem dazu neigten, soziale Kompetenzen bei ihren Schützlingen unentwickelt zu lassen, blieben die 13 Oligophrenen alle ledig.

Überraschenderweise zogen 4 der 12 Alkoholerkrankten (33 %) - trotz der zu erwartenden Versorgungswünsche (im Hinblick auf deren orale Struktur) - das Alleinsein dem Ehestand vor. Es handelt sich hier um eine eher ältere Patientengruppe, die schon vor dem Manifestwerden der Erkrankung aus dem "normalen" Heiratsalter (20 - 35) heraus war, was eine Aussage macht hinsichtlich der mangelnden prämorbiden Anpassungsfähigkeit, die eine Partnerschaft erfordert. Da es sich aber um eine sehr kleine Gruppe handelt, dürfen daraus nur sehr vorsichtige Schlüsse gezogen werden.

Eine komplementäre Paarbeziehung, wie wir sie bei Neurotikern häufig antreffen, ist bei psychotisch Erkrankten (Schizophrene u.a. Psychosen) weniger zu finden. Aufgrund der tiefgreifenden Beziehungsstörung zu sich selbst und der Kommunikationsstörung zu anderen kommt es meist gar nicht zur Partnersuche und zur nachfolgenden Eheschließung.

So blieben in den beiden Gruppen der Psychosen und Schizophrenen von den insgesamt 43 Patienten 26 (58 %) ledig. Eine besonders hohe Ledigenquote (62 %) zeigen 21 von 34 Schizophrene. Diese Quote liegt mit 17 % höher als die Ledigenquote eines Bonner Kollektivs von 502 schizophrenen Patienten, deren Ledigenquote z.Zt. der Spatkatamnese 45 % betrug und schon als hoch betrachtet wurde (HUBER et al. 1979, 372).

Eine andere Stichprobe von 232 Patienten aus einer Stichtagserfassung (am 15.10.1969) aller mindestens 5 Jahre hospitalisierten Schizophrenen aus fünf bzw. sechs niedersächsischen Landeskrankenhäusern ergab ein deutliches Überwiegen alleinstehender Personen unter den schizophrenen Langzeitpatienten.

"Nur ein Drittel der 1969 erfaßten Dauerpatienten war jemals verheiratet gewesen gegenüber vier Fünftel der erwachsenen niedersächsischen Bevölkerung" (HARTMANN u. MEYER 1974, 2).

Ursprünglich verheiratet waren insgesamt 31 Patienten.

Bei den "Organikern" waren von den 3 verheirateten Patienten 1 Patient verwitwet, 1 Patient geschieden und 1 Patient verheiratet (noch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese).

Patient 0203 mit der Diagnose Chorea Huntington (Nebendiagnose: MS) merkte 41-jährig an sich selbst eine Wesensveränderung; er wurde zunehmend reizbarer: "Ein richtiges Ekel." Im selben Jahr erkrankte er manifest und wurde wegen "Gemeinheit der Frau" geschieden.

Patient 0204 mit Stirnhirnsyndrom nach Kriegsverletzung lebte bis zu seinem 51. Lj. bei seiner Mutter in engsten Verhältnissen. Er heiratete spät. Nach 3-jähriger Ehe verstarb seine Frau an Krebs. Daraufhin betrieb er Alkoholabusus und verwahrloste. Er wurde als hilflose Person, desorientiert und ratlos aufgegriffen und eingewiesen. Vor der Verlegung befand er sich 6 Monate, 3 Tage einmalig in der Großklinik. Er wurde nach 4 Monaten, 3 Wochen, 2 Tagen aus der kleineren Klinikeinheit in ein Altersheim entlassen. Er verstarb 60-jährig (Todesursache nicht eruierbar gewesen).

Patient 1206 mit cerebralem Anfallsleiden und Wesensveränderung nach einer Hirnverletzung (bei Ausbildung zum Infanteristen) wurde nach insgesamt 5 Aufnahmen (1mal Großklinik, 2 Monate, 2 Wochen, 6 Tage; 4 mal kleinere Klinikeinheit: insges. 6 Monate, 2 Wochen, 6 Tage) wieder von seiner Frau aufgenommen, bei der er auch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte, obwohl er ursprünglich "hinterhältig, jähzornig und aggressiv" seine Frau (Krankenschwester) angegriffen hatte, was zu seiner Einweisung führte.

Bei den Alkoholerkrankten waren von den ursprünglich 8 Verheirateten 3 geschieden, 1 getrennt lebend (zum Zeitpunkt der Spätkatamnese auch geschieden) und 2 verwitwet.

"Alkoholismus schafft in der Regel die härtesten und nicht zu bewältigenden Ehekonflikte." (STRUCK 1980, 293)

15 - 30 % aller schwerwiegenden ehelichen Störungen, die in den Eheberatungsstellen bekannt werden, sind durch den Alkohol eines Partners bedingt. So ist es mit den Getrenntlebenden zum Zeitpunkt der Spätkatamnese, jedoch geschiedenen Patienten, bei der Hälfte, nämlich bei 4 von 8 verheirateten Alkoholikern zur Auflösung ihrer Ehe gekommen. Die Normalbevölkerung weist jedoch nur eine 2 %-ige Scheidungsquote auf (s. Kap. III.1.0).

Die Unterthese bezüglich der Gefährdung einer Ehe im Zusammenhang mit dem Alkoholismus kann mit einer Diskrepanz von 48 % zur Normalbevölkerung (jedoch wegen der geringen Anzahl nur vorsichtig) bestätigt werden.

Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese war aber nur noch 1 Patient dieser Diagnosegruppe verheiratet, denn ein weiterer verheirateter Patient war inzwischen verstorben.

Der bei der Verlegung 73-jährige Patient (1511) mit der Diagnose 'chronischer Alkoholismus bei Verdacht auf Tablettenabusus' (verschiedene schwere Magenop.) war ursprünglich Maurer und infolge seiner Alkoholabhängigkeit frühzeitig - 52-jährig - berentet worden. Bei der Verlegung befand sich der Patient 2 Jahre, 4 Monate, 12 Tage bei 7 Aufnahmen in der Großklinik. Aus der kleinen Klinikeinheit konnte er nach 3 Monaten, 1 Woche, 5 Tagen bei einer Aufnahme zu seiner Frau entlassen werden, die ihn aufnahm. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese war der Patient zwar nicht mehr stationär psychiatrisch behandelt worden, er war jedoch völlig inkohärent. Er befand sich in der Pflege seiner Frau, mit der es zu häufigen Auseinandersetzungen kam. Die Befragung zur Spätkatamnese wurde von der Ehefrau kategorisch abgelehnt.

Die 2 verwitweteten Patienten betrafen:

1 bei der Verlegung 59-jähriger Maurerpolie (1506) mit der Diagnose einer Alkohol-Epilepsie mit nachfolgender epileptischer Wesensveränderung, dessen Frau und Kinder von russischen Panzern tödlich überrollt worden waren. Zur Abwehr der Trauer begann der Patient zu trinken (bzw. vermehrt zu trinken, da diese Angewohnheit schon berufsbezogen war). Der Patient ist in der kleineren Klinikeinheit verblieben, trinkt heimlich weiter und ist als Stationskalfaktor, auch bei einer hypothetisch veränderten Klinikstruktur, sicherlich die "letzte Bastion des Hospitalismus" (BOLK-WEISCHEDEL 1980).

Eine bei der Verlegung 54-jährige Patientin (1512), die ehemals ein Seifengeschäft selbständig führte, begann nach dem Tod des Mannes und dem Wegzug der Kinder aus "Vereinsamung" und unverarbeiteter Trauer zu trinken. Eingewiesen wurde sie infolge eines Delirium tremens, nachdem sie 9 Jahre lang vermehrt Alkohol zu sich genommen hatte. In der Großklinik verbrachte sie 20 Tage, bis zur Verlegung in die kleinere Klinikeinheit, wo sie nach 3 Monaten, 2 Tagen, entlassen wurde. Nach der Entlassung kam es zu einer nochmaligen stationär-psychiatrischen Behandlung. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte sie jedoch schon 7 Jahre trocken im Kreise und der Geborgenheit der Familie (Enkelin und Bruder), die sie zu sich nach Westdeutschland geholt hatten.

Diese beiden Patienten traf der Verlust der Familie und des Partners so einschneidend, daß sie kompensatorisch ein Fehlverhalten entwickelten. Hier läßt sich nur vermuten, daß auch hier eine vorhandene Partnerschaft oder Familie, die sich kümmerte (wie im letzteren Fall), präventiven Charakter gehabt hätte.

Bei den Psychosen insgesamt ist es bei 19 Patienten zu einer Partnersuche und einer nachfolgenden Eheschließung gekommen. Da jedoch die tiefgreifenden Beziehungs- und Gefühlsstörungen, die im Hintergrund der Erkrankung stehen, eine Bindung mit Dauer eher verhindern, kam es auch zu einer entsprechend hohen Scheidungsquote, nämlich 12 von 45 Patienten, d.h. 27 %. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese waren es sogar 31 %, da die beiden getrennt lebenden Patienten inzwischen im Verlauf ihrer Erkrankung auch geschieden worden waren.

Es unterschieden sich jedoch die Patienten mit affektiven Psychosen von denen mit Schizophrenie insofern, als die ersteren (mit 55 %) zunächst einen hohen der Bevölkerung (mit 50 %) entsprechenden Prozentsatz Verheirateter (vergl. auch DILLING und WEYERER 1978, 245), die letzteren jedoch nur 38 % Verheiratete aufwiesen.

Von den 34 Schizophrenen haben jedoch immerhin 13 (38 %) den Sprung in die Ehe geschafft. 1 Patient verwitwete.

Die Patientin (0707), die 27-jährig heiratete, erlebte in der symbiotischen Beziehung zu ihrem Mann 35 Jahre "Himmel auf Erden". Mit der Heirat stellte sie ihre Berufstätigkeit ein (Postangestellte) und lebte kinderlos nur noch ihrem Mann. 2 Jahre vor der Erkrankung (60-jährig) zieht sich das Paar zurück und verläßt die Wohnung kaum mehr, dann stirbt der Mann und die Patientin dekompensierte infolge der ungelösten partnerschaftlichen Verstrickung und des unersetzlichen Verlustes dieses Partners. Die Patientin konnte jedoch nach insgesamt

5 Aufnahmen (3 mal in der Großklinik: insgesamt 1 Jahr, 9 Monate, 3 Wochen, 4 Tage; 2 mal in der kleineren Klinikeinheit: 2 Jahre, 5 Monate, 2 Wochen, 2 Tage) nach Hause in ihre 1-Zimmerwohnung entlassen werden. Sie verstarb in einem Allgemeinkrankenhaus im Alter von mehr als 83 Jahren an Herzinfarkt und Blutarmut.

Verheiratet war zum Zeitpunkt der Spätkatamnese jedoch nur noch 1 schizophrene Patientin (3 %), d.h. es waren 10 bzw. 11 (zum Zeitpunkt der Spätkatamnese) geschieden, das sind 32 % (von 34).

Im Vergleich zum Bonner Kollektiv der Schizophrenen, von denen 15 % zum Zeitpunkt der Spätkatamnese geschieden waren (HUBER et al. 1979, 372) ist die Scheidungsquote der vorliegenden Untergruppe der Schizophrenen mehr als doppelt so hoch. Es bestand jedoch auch nur bei wenigen (2,6 %) der niedersächsischen Dauerpatienten am Stichtag 1969 eine Ehe, was dem vorliegenden Ergebnis entspricht.

Bei der einen noch verheirateten Patientin (1734) handelte es sich um eine bei der Verlegung 36-jährige Patientin, die nach einem zwangsweise durchgeführten Abort im 6. Monat, 26-jährig, heftige Schuldgefühle entwickelte und zum ersten Mal nervenklinisch behandelt werden mußte. Sie war die jüngste und der Nachkömmling von 4 Kindern. Der Vater verunglückte, als die Patientin 8 Jahre alt war. Später verlor sie die Mutter durch Suizid, was die Patientin nie verwunden hat. Die Patientin hatte vor der ersten Aufnahme in die Großklinik (3 Wochen, 5 Tage) schon 5 nervenklinische Behandlungen. Sie verblieb in der kleineren Klinikeinheit 1 Monat, 1 Woche, 3 Tage und wurde danach zu ihrem Mann entlassen, der sie noch heute versorgt, da sie sich 30-jährig berenten ließ. Inzwischen war es zu keiner Wiederaufnahme gekommen. Die Patientin nimmt regelmäßig ihre Neuroleptika und hatte kurz vor der Spätkatamnese einen aufwendigen Umzug gemeistert.

Bei dieser Kohorte der 80 chronisch psychiatrischen Patienten war nicht mehr im einzelnen zu überprüfen, ob Scheidungen vor oder nach Krankheitsbeginn erfolgten. Auf jeden Fall läßt sich feststellen, daß es insbesondere bei den Schizophrenen zu einer hohen Scheidungsrate gekommen war, Scheidungen auch noch während der Unterbringung erfolgten (insgesamt 32 %), so daß die Annahme, daß "wegen Geisteskrankheit" nur selten eine Ehe geschieden wird, eindeutig - trotz kleinem Kollektiv - nicht bestätigt werden kann.

Allgemein zeigt sich, daß eine Beziehung zwischen Verheiratetsein bzw. Ledigsein oder alleinstehend zu sein und der Langzeitentwicklung besteht. Dies läßt sich grundsätzlich für alle Krankheitsbilder, insbesondere aber für die Alkoholiker und die Psychosen insgesamt feststellen.

Mit den 7 verwitweten Patienten wären zur Spätkatamnese 1979 insgesamt nur noch 5 (6 %) Patienten verheiratet gewesen, tatsächlich waren es aber nur noch 3 Patienten, da 2 Patienten im Verlauf verstorben waren (1 75-jähriger Patient (0601) mit Involutionsdepression und 1 77-jähriger Patient (0501) mit Korsakowsyndrom bei chronischem Alkoholismus).

Die 3 noch verheirateten Patienten, die zwar nach der Entlassung nicht mehr arbeiteten, aber mit ihrem Partner außerhalb von Institutionen in einer eigenen Wohnung lebten, waren - wie kasuistisch beschrieben -:

- Eine 47-jähriger Patientin (1734) mit einem abklingenden Rezidiv einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie;
- ein 71-jähriger Patient (0204) mit Stirnhirnsyndrom nach Hirnverletzung und epileptischer Wesensveränderung;
- ein 73-jähriger Patient (1511) mit Verdacht auf Tablettenabusus bei chronischem Alkoholismus, dessen Frau das Gespräch zur Spätkatamnese ablehnte.

Die gesunden Partner dieser 3 zum Zeitpunkt der Spätkatamnese noch verheirateten Patienten demonstrieren tatsächlich eine Form fürsorglicher Verantwortung. Trotz deutlich vorhandener Beziehungsstörungen führten diese nicht zur Auflösung der Ehe.

In dieser Kohorte gibt es also von 51 lebenden Patienten 48 Ledige und Alleinstehende, d.h. 94 %, die nicht über die "Fürsorgepflicht eines gesunden Partners" verfügen durften. Die Annahme, daß diese chronisch psychiatrisch Erkrankten wegen ihrer Partnerlosigkeit bei der sozialen (und auch psychopathologischen) Remission besonders benachteiligt sind, bestätigt sich hier augenfällig.

1.3 Geschlecht und Familienstand

Aus den Langzeitverläufen der 502 Schizophrenen des Bonner Kollektivs, die 1967 bis 1973 nachuntersucht wurden, geht hervor, daß die Frauen häufiger vor der Erstmanifestation zur Heirat kamen als die Männer (HUBER et al. 1979, 372). Da es sich in der vorliegenden Gruppe bei der Mehrzahl der Frauen, also bei 13 von insgesamt 16 (außer einer Patientin mit der Diagnose einer senilen Demenz; einer Alkoholerkrankten und einer Organpsychose) um psychotisch erkrankte Frauen (4 Psychotikerinnen; 9 Schizophrene) handelt, scheint es gerechtfertigt, das Bonner Untersuchungsergebnis an der Gruppe der Frauen insgesamt zu überprüfen.

Eine sich daraus ableitende Arbeitshypothese soll folgendermaßen lauten: Weibliche Patientinnen kommen prämorbid signifikant häufiger zur Heirat als männliche Patienten, was mit dem frühen Erkrankungsalter der Männer zusammenhängt (sowohl im Bonner Kollektiv als auch in der vorliegenden Kohorte).

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Paarfähigkeit soll nun folgende Übersicht zeigen:

Familienstand / Geschlecht	ledig	verheiratet	verwitwet	geschieden	getrennt lebend
n = 16 Frauen	10	1	3	2	
Insgesamt	10		6		
%	63 %		37 %		
n = 64 Männer	39	4	4	14 ← 3	
Insgesamt	39		25		
%	61 %		39 %		

Tabelle 5 Analyse bezogen auf Geschlecht und Familienstand in Absolutzahlen und Gesamtprozent zum Zeitpunkt der Katamnese

Bei den Männern und Frauen der vorliegenden Kohorte blieben von 16 Frauen 10 (63 %) ledig und von 64 Männern 39 (61 %). Beim Geschlechtsvergleich ergibt sich also kein signifikanter Unterschied. Das Bonner Ergebnis und damit auch unsere These kann somit nicht bestätigt werden.

Woran mag das im einzelnen liegen?
Es waren ja in der vorliegenden Gruppe der 80 chronisch psychiatrischen Patienten von den ehemals 31 Verheirateten (39 %) 16 Patienten (52 %), also mehr als die Hälfte der ehemals Verheirateten, geschieden:

Unter den ehemals 6 verheirateten Frauen (37 %) befanden sich zum Zeitpunkt der Katamnese 3 verwitwete (1 Alkoholerkrankte; 1 Psychotikerin; 1 Schizophrene), die alle nach dem Tod des Mannes wegen Vereinsamung oder unverarbeiteten Verlust psychisch erkrankten; 2 Geschiedene (2 Schizophrene, beide aufgrund der Erkrankung geschieden bzw. infolge des Unfalls, der zur Berentung und Erkrankung führte) und 1 (noch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese) verheiratete Schizophrene.

Unter den ursprünglich 25 verheirateten Männern (39 %) waren 4 Verheiratete (jedoch nur noch 2 zum Zeitpunkt der Spätkatamnese, da 2 Patienten verstarben), 4 verwitwet und 14 geschieden. Hinzu kommen noch 3 weitere männliche Patienten, bei denen aus der Krankengeschichte zum Zeitpunkt der Katamnese nicht eindeutig hervorging, ob die vollzogene Trennung schon zur Scheidung geführt hatte, was zum Zeitpunkt der Spätkatamnese dann der Fall war.

Es waren also von den ursprünglich 6 verheirateten Frauen 2 geschieden (33 %), von den ehemals 25 verheirateten Männern waren 17 getrennt oder geschieden (68 %). Das ist mehr als die doppelte Anzahl im Geschlechtsvergleich, wobei - infolge der geringen Vergleichszahlen der Frauen - dieses Ergebnis allerdings keinen Aussagewert besitzt.

Die Suche nach einem Partner ("zur Paarung") setzte zwar bei den Männern dieser Gruppe relativ früh ein, die Paarfähigkeit jedoch war langfristig nicht vorhanden. Dies betraf insbesondere die psychotisch Erkrankten.

Obwohl es sich insgesamt bei den Männern um eine tendenziell jüngere Altersgruppe (s. Kap. III.3.0) mit einem weitaus früher gelegenen Zeitpunkt der manifesten Erkrankung (s. Kap. III.3.1) handelt, ist nicht ganz einsichtig, warum die Frauen dieser chronisch psychiatrischen Kohorte vor ihrer weit später gelegenen Erkrankung keine Partnerschaft eingingen, wobei man noch davon ausgehen kann, daß Frauen grundsätzlich früher als Männer zur Ehe bereit sind (wobei die aktivere Rolle bei der Partnerwahl in unserem Kulturkreis der Mann innehat). Hier müssen dennoch andere Faktoren mit im Spiel gewesen sein.

Hausmädchensyndrom

Unter den 16 Frauen insgesamt befanden sich 9 ehemalige Hausangestellte, von denen 8 Patientinnen psychotisch dekompensierten und 1 Patientin 70-jährig senilisierte (Diagnose: senile Demenz).[1] Von diesen blieben allein 6 ledig (1 Patientin mit seniler Demenz; 3 Schizophrene; 2 Psychotiker). Dies sind schon 60 % der ledig gebliebenen Frauen.

Man kann davon ausgehen, daß die Hausmädchen ursprünglich alle, jedoch nur in 2 Fällen direkt vor der manifesten Erkrankung im Haushalt des Brotherrn mit Familienbezug wohnten. Hier läßt sich ein pathologisches Regressionsbedürfnis vermuten: Die Ablösung vom elterlichen Zuhause gelang nur insofern, als ein Ersatz in der Familie des Arbeitgebers gefunden wurde.

Im einzelnen kann nun nicht mehr festgestellt werden, warum diesen 6 Frauen nicht auch die Gründung einer eigenen Familie gelang. Es läßt sich hier nur spekulieren, daß eine frühe Verunsicherung bezüglich weiblicher Identität und Selbstwert diesen Frauen eine Partnerwahl unmöglich machten.

---

1) Hinzu kam noch eine weitere schizophrene Patientin (0707), die vor ihrer Tätigkeit in der Post längere Zeit als Hausmädchen (mithelfende Familienangehörige) in der Pension der Mutter arbeitete. Der Vater war früh, als Patientin etwa 6 J. alt war (ödipales Alter) gestorben. Die später kinderlos gebliebene Ehe hatte symbiotischen Charakter und mündete kurz vor dem Tod des Mannes in eine Folie à deux.

Hinzu kommt, daß durch die Idealisierung des väterlichen Familienoberhauptes eines Hausherren (in Konkurrenz zur Haus-Frau), der jedoch häufig zum sadistischen "Zuchtmeister" wurde, möglicherweise ödipale Konfliktsituationen mobilisiert wurden, die eine Versuchssituation darstellten: Als "Bettdecke" des Hausherrn ergab sich dann die nämliche frühkindliche Dreierkonstellation - Mutter/Vater/Tochter - jedoch ohne die Behinderung der Inzestschranke aus der Ursprungsfamilie.

Den "Hang zum Küchenpersonal" (WILHELM BUSCH) hatte jedoch nicht nur der Herr des Hauses, sondern oft genug auch ein Junior des Hauses: Hierbei mögen die Zärtlichkeitswünsche des Hausmädchens befriedigt worden sein.

Diese erotischen, verbotenen Verhältnisse, in die häufig nur aus Not eingewilligt wurde, mögen die Latenz der gesamten ödipalen inzestuösen Versuchungssituation konflikthaft aktualisiert und die jungen Mädchen schuldgefühlshaft verstrickt haben, so daß sie - selbst nach Aufgabe dieser Hausangestelltenposition - zu keiner unbefangenen Partnersuche oder Partnerwahl mehr kommen konnten und diese Erlebnisse später wahnhaft verarbeiten mußten.

Die 3 weiteren Hausangestellten hatten zwar den Sprung in die Ehe geschafft. Dies konnte sie mittel- bis langfristig jedoch nicht vor einer psychischen Erkrankung bewahren.

Zu diesem Hausmädchensyndrom nun die folgenden Falldarstellungen: (der Lediggebliebenen)

3 Schizophrene

Eine bei der Verlegung 65-jährige Patientin (0706) hatte sich zuvor ununterbrochen 30 Jahre, 9 Monate, 4 Tage in der Großklinik befunden, in die sie 36-jährig eingewiesen worden war. Sie hatte bis zu ihrem sozialen Abstieg als Hausangestellte gearbeitet, wobei sie bei ihrem Arbeitgeber wohnte. Die Patientin stammte ursprünglich aus einer dörflichen Gemeinschaft mit weniger als 5.000 Einwohnern, war das älteste von 9 Kindern. "Zeit für Heirat und Liebesgeschichten habe ich nie gehabt". Sie kam präpsychotisch 1/2 Jahr vor der Einweisung nach einem Urlaub in die schlesische Heimat, die sie 8 Jahre nicht mehr aufgesucht hatte, verändert zurück. Es habe belastende Konflikte in der Familie gegeben. Einweisungsgrund war, daß sie ihren Brotherrn mit dem

Beil bedrohte und Wahnideen mit bedrohlichem Charakter äußerte. Psychiatrisch ergab sich keine Unterbrechung, im Verlauf gab es keine Auffälligkeiten. Die Patientin starb knapp 69-jährig am Koma uraemicum.

Eine bei der Verlegung 47-jährige Patientin (1729) hatte sich insgesamt 10 Monate, 2 Wochen, 3 Tage bei 2 Aufnahmen in der Großklinik befunden. Sie war bei ihrer Berentung mit 31 Jahren 13 - 14 Jahre als Hausangestellte tätig gewesen. Die Patientin stammte ursprünglich auch aus einer kleinen dörflichen Gemeinschaft in Ostpreußen und befand sich in der Mittelstellung von 7 Kindern. Als die Patientin 6-jährig (ödipales Alter) war, erkrankte die gesamte Familie an einer Augenerkrankung, worauf sie alle stationär untergebracht werden mußten. (Eine fragliche psychosomatische Reaktion auf einen Familienkonflikt, der nicht näher besehen werden wollte??) - Eltern und Familie blieben in Ostpreußen. Die Patientin kam allein nach Berlin. Nach dem Tod des Vaters hörte sie präpsychotisch vermeintliche Anrufe des verstorbenen Vaters. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befand sie sich in einem Heim für chronisch psychisch Kranke.

Eine bei der Verlegung 78-jährige Patientin (1709) erkrankte 62-jährig, 2 1/2 Jahre vor ihrer Einweisung wurde sie vorzeitig berentet. 1917 war sie nach Berlin gekommen und arbeitete in 2 - 3 Personen-Haushalten bis zu ihrem 52. Lj. als Hausangestellte, jedoch später in einer Glaswarenfabrik. Sie stammte ursprünglich aus einer kleineren dörflichen Gemeinschaft (b. Posen) und war die jüngste von 11 Kindern, wobei 5 Geschwister schon in jungem Alter verstarben. Sie wurde wegen zahlreicher umgedeuteter Körpersensationen (man steche sie in den Unterleib und in die Lenden) und ängstlicher Verwirrtheit in die Großklinik eingewiesen, in der sie sich 16 Jahre, 11 Monate bis zur Verlegung ununterbrochen befunden hat. Ihr Wahn bestand darin, daß ein Mann in blauem Overall mit mehreren "roten Stöcken"1) häufiger bei ihr klingelte. Er habe ihr zwar nichts getan, sie fühlte sich jedoch bedroht. Da sie ihn schon häufiger auf der Straße gesehen habe, traue sie sich nun nicht mehr nach Hause. Inwieweit hier tatsächliche Ereignisse mit wahnhaft-schuldgefühlhaftem Erleben, eigene sexuelle Impulse, vermischt wurden, ließ sich kaum ausmachen. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befand sich die Patientin 89-jährig auf der Station der kleineren Klinikeinheit; die Ichfunktionen versagten inzwischen (kein Gespräch mehr möglich, nur schimpfende Verbigerationen). Die Patientin nimmt dennoch am Stationsleben Anteil und kann noch allein essen und trinken.

Eine 70-jährige ledige Patientin (0101) mit der Diagnose einer senilen Demenz war 3 Wochen vor der Verlegungsaktion in die Großklinik infolge eines Verwirrtheitszustandes während eines Krankenhausaufenthaltes zur Abheilung einer Beinwunde, die sie mit Zwirnfaden zugenäht hatte (glaubte im Hotel zu sein, wollte in mangelhaft bekleidetem Zustand weglaufen), eingewiesen worden. Sie stammte aus einem kleinen Ort in Schlesien, war Hausangestellte bis zu ihrem 70. Lj. (die Rente sollte eingereicht werden) in verschiedenen Familien, lebte zuletzt in eigener Wohnung. Trotz ihrer Tätigkeit war sie isoliert und kannte

---

1) angeblich

niemanden in Berlin. Eine Familienanamnese usw. war nicht zu erheben, da Erinnerungen an wesentliche Lebensabschnitte nicht bestanden. Sie war bewußtseinsklar, aber war völlig desorientiert. Ein verwertbares, sinnvolles Gespräch war nicht zu führen. Im Kontakt zu anderen Patienten kam es zu einer Auseinandersetzung, die bei ihr zu einer Radiusfraktur und zu einem Oberschenkelhalsbruch führte. Die Patientin verstarb 2 Monate, 2 Tage nach der Verlegung als psychiatrische Patientin in einem Allgemeinkrankenhaus (Todesursache unbekannt, da Sterbeakte nicht auffindbar).

2 Psychotikerinnen

Eine Patientin (0608) der Diagnose 'Involutionsdepression' mit paranoiden Zügen erkrankte 53-jährig. Sie stammte ursprünglich aus einem kleinen Ort in Schlesien mit weniger als 5.000 Einwohnern und war das 3. Kind von 7 Geschwistern und war angelernte Hausangestellte, einige Jahre arbeitslos, später Montiererin in Berlin (berufstätig insgesamt 30 Jahre). Aus der Familienanamnese geht hervor, daß die Mutter, als die Patientin 6-jährig (ödipales Alter), in eine Nervenklinik kam. Die Patientin mußte mit ihren 6 Geschwistern in ein Waisenhaus, da der Vater damals die Familie verließ (dies muß als hoch dramatisch erlebt worden sein und einen großen Einfluß auf den Selbstwert und die Geschlechtsidentität der Patientin genommen haben). Zur Einweisung war es gekommen, weil die Patientin Suizidabsichten hatte und allein existenzunfähig war. 3 Jahre nach der Einweisung wurde ein schwerer Diabetes mellitus (psychosomatisch: Regressives) entdeckt, wobei die Verfolgungsideen, die zunächst vorherrschend waren, verschwanden und ein depressives Bild deutlich wurde. Im Verlauf wurde die Patientin zunehmend antriebsarm und inaktiv. Die Patientin verstarb 72-jährig (während dem Erhebungszeitraum zur Spätkatamnese) als Patientin der kleineren Klinikeinheit an Nierenversagen in einem Allgemeinkrankenhaus knapp 10 Jahre nach der Verlegung aus der Großklinik (Verlegungsalter 62 J.), in der sie sich insgesamt 7 Jahre bei 6 Aufnahmen befunden hatte.

Die letzte der 6 ledig gebliebenen Hausangestellten dieser Gruppe war eine bei der Verlegung 74-jährige Patientin (1611), die ursprünglich auch aus einer kleineren Ortschaft mit weniger als 5.000 Einwohnern stammte und 2. von 8 Kindern war. Sie arbeitete zunächst als Hausmädchen in Hamburg, später (in den 20-er Jahren) kam sie nach Berlin, wo sie in einer Ingenieurfirma arbeitete. Sie war etwa 45 Jahre tätig und wurde 60-jährig berentet. Sie hat eine uneheliche Tochter. Zu einer ersten Einweisung kam es, da sie verwirrt war und unter Verfolgungsideen litt, körperliche Beeinträchtigungen durch Magnetstrahlen erlebte und Größenideen (Erbschaft von 150.000 DM; 2 Ehemänner, adlige, höhere berufliche Position) fabrizierte. Vor der Aufnahme in die Großklinik, in der sie sich insgesamt 13 Jahre, 8 Monate, 3 Wochen, 6 Tage bei 4 Aufnahmen befand, wurde sie schon zweimal stationär psychiatrisch behandelt. Die Patientin ist in der kleineren Klinikeinheit verblieben, wo sie nun 85-jährig weiterhin ihre Verfolgungs- und Größenideen produziert.

Den 5 ledig gebliebenen psychotisch dekompensierten ehemaligen Hausangestellten war eines gemeinsam, daß sie aus einer großen Kinderschar stammten. Darüber hinaus kamen alle 6 ledig gebliebenen Hausangestellten (auch die 1 Patientin mit seniler Demenz, die bis ins Rentenalter noch dieser Tätigkeit nachgegangen war) aus einer dörflichen Ortschaft deutscher Ostgebiete in eine Großstadt, wo sie zunächst in der Familie des Arbeitgebers einen Ersatz für die verlorene Familie fanden.

Außerdem läßt sich vermuten - obwohl wir uns hier in rein spekulativem Raum aufhalten - daß bei diesen Frauen vermehrt ödipale Bindungen an Vaterfiguren wirksam waren, die sich an der Gestalt des Hausherren perpetuierten. Die Hausdame als mütterliche, kontrollierende Instanz oder als potente Rivalin (siehe große Geschwisterschar) tat ihr übriges noch dazu.

Wegen der vermehrten Arbeitsmöglichkeiten zieht die Großstadt die Landbevölkerung ab. Zum anderen übt aber auch das Leben und die Anonymität der Großstadt, in die man ein- oder untertauchen kann (nach der Erfahrung von zu viel Nähe und Enge in großen Geschwisterscharen) auf die Neu-Gierde eines jungen Mädchens große Faszination aus. Daß es jedoch zur Wahl dieser Anstellungsart kam, mag mit dem verstehbaren Regressionsbedürfnis, aber auch mit der ödipalen Latenz zu tun gehabt haben, die letztlich unlösbar blieb und es deshalb zu keiner Partnerschaft und zu keiner eigenen Familiengründung kommen konnte.

2.0 Anzahl der Kinder und Familienstand

Die Frage, ob ein soziales Netz sich vor, während oder nach einer psychiatrisch relevanten Erkrankung als tragfähig herausstellt, ist u.a. auch in bedeutsamer Weise abhängig von dem Vorhandensein eigener Kinder.

Aus der Sorge um ein Kind erwächst ein Pflicht- und Verantwortungsbewußtsein (bestenfalls auch für sich selbst), aus dem man einen persönlichen Eigenwert, Kraft und Bedeutung schöpfen kann.

Die Sorge des Kindes um die Eltern wiederum gibt später etwas von dem Investierten zurück, dient auch dem Selbstwert, der Zugehörigkeit und hebt somit die Einsamkeit und Isolierung des älterwerdenden Menschen auf. Kinder können so zur bedeutsamen Absicherung vor existentiellen Ängsten und Krisen werden und haben dadurch präventiven oder sekundär präventiven Charakter.

Da eine Paarfähigkeit bei den chronisch-psychiatrisch Erkrankten kaum (oder nur kurzfristig oder relativ spät) gegeben war, stellt sich folgende Arbeitshypothese zur Überprüfung:

Eigene Kinder kommen als Kompensationsmöglichkeiten für chronisch psychiatrisch Erkrankte eher nicht in Betracht.

n = 80	Familienstand		Anzahl der Kinder			
		keine	eins	zwei	drei	mehr als drei
49	ledig	48	1			
5	verheiratet	3	2			
7	verwitwet	3	1		1	2
3	getrennt lebend	2		1		
16	geschieden	9	4	2	1	1
31	zur Ehe gekommene	17	7	3	2	3
	%	55 %	23 %	10 %	6 %	10 %
Kinderlosigkeit d. Normalpopulation		14 %				

Tabelle 6

Analyse bezogen auf Familienstand und Anzahl der Kinder in Absolutzahlen und Gesamtprozent. Vergleich der Kinderlosigkeit bei den Patienten mit der Kinderlosigkeit der Normalpopulation.

Wie sieht nun die Kinderzahl bei der vorliegenden Patientenkohorte aus?

Von den 31 zur Ehe gekommenen Patienten waren es nur 7 (23 %), die 1 Kind hatten.

Eine ledig gebliebene psychotische Patientin (1611), die eine Tochter hatte, wurde noch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese (85-jährig) alle 4 - 6 Wochen von dieser besucht.

Die 2 verheirateten männlichen Patienten (0601 u. 0501) mit jeweils 1 Tochter hatten guten Kontakt zu ihrer Familie.

Dem einen Patienten (0601) mit der Diagnose Depression im Involutionsalter (bei zykloider Psychopathie) wurde eine soziale Rückkehr ermöglicht, da er nach Hause entlassen wurde (insgesamt nach 1 Monat, 2 Wochen, 3 Tagen bei 2 Aufnahmen in der kleineren Klinikeinheit; zuvor 6 Monate, 4 Wochen bei 3 Aufnahmen in der Großklinik). Er bezog eine gute Rente als ehemaliger Schneider und obwohl seine Frau seine Aggressivität fürchtet, nimmt sie ihn wieder auf (Von der Tochter war in der Krankengeschichte nicht die Rede).

Patient (0501), Korsakowsyndrom bei chronischem Alkoholismus, wurde von seiner Frau häufig besucht. Sie kümmerte sich sehr. Patient verstarb 76-jährig 3 Monate, 6 Tage nach der Verlegung (bei 1 Aufnahme) als Patient der kleineren Klinikeinheit infolge einer Bronchopneumonie.

Ein verwitweter Patient (1506) verlor sowohl Frau als auch Kind, weil russische Panzer über sie rollten, woraufhin er vermehrt zum Alkohol griff. Der Patient ist weiterhin Dauerpatient der kleineren Klinikeinheit.

Von den 4 geschiedenen Patienten wurde 1 schizophrener Patient (1720) in die Großklinik rückverlegt, da er nicht wollte, daß man sich um ihn kümmerte. Ein Kontakt zu seinem Kind besteht nicht.

Bei einer schizophrenen Patientin (0705) waren Familienkontakte nicht bekannt, auch zu ihrem Kind nicht. Sie verstarb 43-jährig an Bronchopneumonie als Patientin der kleineren Klinikeinheit in einer Lungenfachklinik 1 Monat, 3 Wochen, 6 Tage nach der Verlegung (zuvor insgesamter Verweilzeitraum in der Großklinik 3 Monate, 1 Woche, 2 Tage bei 2 Aufnahmen).

Bei 1 Patient (1509) 54-jährig bei der Verlegung mit der Diagnose eines Korsakowsyndroms aufgrund von Alkoholmißbrauch bestand während des Verlaufs guter Kontakt zur Familie mit Belastungsurlauben zu ihr. Zu einer sozialen Rückkehr kam es nicht. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese besuchte ihn einmal im Monat sein jüngster Bruder in einem heilpädagogischen Zentrum, in das er entlassen worden war.

Eine schizophrene, im Verlauf geschiedene Patientin (1733), 42-jährig bei der Verlegung, erlebte keinen sozialen Abstieg. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese arbeitete sie zwar nicht, war aber voll integriert in die Betreuung des Enkelkindes, Kind des Sohnes, der im Nebenhaus mit seiner Familie lebte und so täglich Kontakt zu seiner Mutter hatte.

3 Patienten (10 %) hatten 2 Kinder:

Ein alkoholabhängiger Patient (1507), getrennt lebend, zum Zeitpunkt der Spätkatamnese geschieden, (3. Ehe) wurde nach 5 Monaten, 17 Tagen aus der kleineren Klinikeinheit entlassen (zuvor in Großklinik 1 Monat, 3 Wochen, 3 Tage einmalig) und von der Tochter aufgenommen. Später kam er auf eine geschlossene Station eines Altenheims. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befand er sich in der Landesnervenklinik als Dauerpatient.

1 geschiedener schizophrener Patient (0701) war 19 Jahre verheiratet gewesen (Erkrankungsalter 29 J., Verlegungsalter 51 J.) hatte Zwillinge, zu denen er aber keinen Kontakt hatte. Er wurde nach insgesamt 3 Monaten, 4 Wochen, 3 Tagen bei 2 Aufnahmen (zuvor 5 Jahre, 5 Monate, 2 Wochen, 4 Tage in Großklinik bei 2 Aufnahmen) in ein Altersheim entlassen. Er verstarb im Alter von 55 Jahren an Herzinfarkt.

Ein weiterer geschiedener, schizophrener Patient (1722) wurde bei mehreren Aufnahmen aus westdeutschen Nervenkliniken von seiner Tochter hin und wieder besucht, jedoch bestand kein Kontakt zum Sohn, der dasselbe wie der Patient studierte, inzwischen aber schon als 'ewiger Student'. Der bei der Verlegung 43-jährige Patient (Erkrankungslater 35 J.) befand sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese in der Landesnerven-Heilanstalt Zwiefalten mit der Hoffnung auf baldige Entlassung.

2 Patienten (6 %) hatten drei Kinder:

wobei bei 1 psychotischen Patientin (0610) einer der drei Söhne als 1-Jähriger verstarb. Die beiden Söhne kümmerten sich und bei der Entlassung (nach 3 Monaten, 6 Tagen in kleinerer Klinikeinheit 1-malig; 9 Wochen, 3 Tage in Großklinik 1-malig) zieht ein sich in Trennung befindender Sohn bei ihr ein. Die Patientin verstirbt 9 Jahre nach der Entlassung - Todesursache blieb unbekannt.

Der andere Patient (1711) mit 3 Kindern und der Diagnose Restschizophrenie - 41-jährig bei der Verlegung (Erkrankungsalter 37 J.) - wurde 41-jährig auf Begehren der Frau geschieden, was er nicht wahrhaben wollte. Der Patient verblieb in der kleineren Klinikeinheit (zuvor 4 Jahre, 9 Monate, 2 Wochen bei 2 Aufnahmen in Großklinik). Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese erlebt der Patient große Sehnsucht nach eigener Familie.

3 Patienten (10 %) hatten mehr als 3 Kinder (2mal 4 Kinder; 1mal 5 Kinder):

1 bei der Verlegung 59-jähriger alkoholabhängiger Patient (0504), Erkrankungsalter 58 Jahre, Gastwirt von Beruf, trank vermehrt beim Konkurs seiner Firma, nachdem seine Frau - 3 Jahre später - (in Abwesenheit geschieden worden) 100.000 DM erhält. Er hatte 3 Söhne und 1 Tochter, jedoch im Verlauf (insgesamter Verweilzeitraum in Großklinik: 1 Jahr, 4 Monae, 6 Tage 2mal; in kleinerer Klinikeinheit 2 Jahre, 1 Monat, 2 Wochen, 1 Tag 1malig) keinerlei Kontakt zu Angehörigen. Nach den ersten Belastungsurlauben nimmt der Patient Arbeit als Empfangschef einer Gebrauchtwagenfirma auf. 4 Wochen nach Arbeitsaufnahme - nun sozial rehabilitiert - verstirbt der Patient (61-jährig) unerwartet. Zuvor ergab sich mit dem Bruder und dessen Frau, zu denen lange kein Kontakt bestanden hatte, eine Aussöhnung. Dieser Bruder war auch am Konkurs beteiligt gewesen. So mag der Patient das Leben als abgerundet betrachtet haben. In diesem Fall waren die vorhandenen Kinder keine Stütze bei der sozialen Rehabilitation ihres Vaters (vermutlich hielten sie zur Mutter, die ja auch das Geld hatte).

Die 1 weibliche alkoholabhängige Patientin (1512), 54-jährig bei der Verlegung, hatte auch 4 Kinder. Sie begann infolge Vereinsamung (Tod des Mannes, Kinder alle außer Haus) kompensatorisch zu trinken. Im Verlauf (20 Tage in Großklinik 1malig; 3 Monate, 2 Tage in kleinerer Klinikeinheit 1malig) hat sie guten Kontakt zu Kindern und Enkeln, die sie in der Klinik besuchen. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese wohnt sie mit einer Enkelin in einer Eigentumswohnung in relativer Nähe zu anderen Familienmitgliedern mit wöchentlichen Kontakten (in der BRD).

1 bei der Verlegung 67-jähriger psychotischer Patient (0607) hatte im Verlauf (bei 3 Jahren, 1 Monat, 2 Wochen, 5 Tagen in der Großklinik 1malig; 3 Jahre, 4 Monate, 3 Wochen, 1 Tag 1malig in der kleineren Klinikeinheit) gute und liebevolle Kontakte zu seinen Kindern, die ihn bei Belastungsurlauben nach Hause holten. Der Patient verstirbt 74-jährig als psychiatrischer Patient in einer Lungenfachklinik an einem Lungenödem (Einweisungsgrund: Totschlag der Lebensgefährtin mit anschließend ernstgemeintem Suizidversuch).

Mit der expliziten Beschreibung dieser 17 Fälle (Kinder stammten ja nur von Patienten aus drei diagnostischen Untergruppen: Alkoholerkrankte; affektive Psychosen und Schizophrenien) sollte anschaulich gemacht werden, wie Patienten die Kinder, d.h. eine Familie hatten, eine größere Chance haben, sei es sozial rehabilitiert zu werden, sei es gute Kontakte durch Besuche oder Belastungsurlaube zu haben, die die Lebensqualität auch in der Klinik verbessern und immer noch Hoffnung und Verbindung zu draußen darstellen. Andererseits nahmen die Kinder der Patienten weniger als zu erwarten gewesen wäre am Schicksal ihrer Eltern Anteil. So hatten von insgesamt 17 Patienten mit Kindern 7 Patienten gute Kontakte zur Familie, 2 Patienten weniger häufige, 5 Patienten mit Kindern konnten zur Familie entlassen werden.

Insgesamt kinderlos blieben jedoch 64 von 80 (80 %) bzw. von den 31 zu Ehe gekommenen, 17 (55 %) im Vergleich zur Kinderlosigkeit einer Normalpopulation, die nur 14 % beträgt. Diese eindeutige Diskrepanz gibt Aufschluß darüber, wie wenig tragfähig das soziale Netz für die Patienten an diesem Punkt war. Die Gesamtkinderzahl der 80 Patienten liegt mit 32 weit unter dem zu erwartenden Durchschnitt einer Normalbevölkerung.

Anhand dieser Beispiele zeigte sich, wie wichtig Partner und Kinder für eine mögliche soziale Rückkehr sind, die vermutlich bei einer größeren Anzahl chronisch-psychiatrisch Erkrankter im Grunde nie zu spät wäre, wenn außerdem mehr ambulante Einrichtungen zur Verfügung stünden.

3.0 Manifeste Erkrankung

Der Beginn einer psychischen Erkrankung stellt sich in den meisten Fällen als Einbruch und Ausbruch aus dem normalen Dasein dar. Die Angst vor Abhängigkeiten von Angehörigen oder von sozialen Einrichtungen (wo der einzelne sich eher verwaltet fühlt), der Verlust der Autonomie und der sozialen Fähigkeiten, darüber hinaus eine Labilisierung im beruflichen Feld (z.B. durch einen Leistungsknick und Stellenverlust) verschärfen die ersten Anzeichen der Erkrankung. Spürbar wird der Rückzug der anderen wegen des eigenen "absonderlichen Verhaltens", so daß auch enge soziale Kontakte in Frage gestellt werden. Die Angst vor einer "Weiterung" und davor, daß "dieses Fremde" um sich greift, steigert sich zu einem Teufelskreis, der nur selten eine Unterbrechung, vielleicht in einem empathisch wohlmeinenden Gespräch eines Angehörigen oder Freundes (?) duldet.

So provoziert ein von einer akuten Gewißheit (mit wahnhaftem Charakter) erfüllter Mensch

"entsprechende Reaktionen der Bezugsperson, wodurch er laufend in seiner Einstellung bestärkt wird und seine Überzeugung keiner Korrektur unterziehen kann. Dieser Mechanismus kann sowohl bei jenen primär umweltbedingten Gewißheitserlebnissen zum Tragen kommen, die in Affektwallungen entstehen und daher zunächst nur wahnähnlich sind wie auch bei echt wahnhafter Gewißheit ..." (BERNER 1980, 545).

Die Veränderung der sozial anerkannten Rolle kann in manchen Fällen dramatisch sein und dem Individuum keine erträgliche Alternative lassen. Die Reaktion der gesamten Umwelt mündet in eine Ausschlußdynamik mit zunehmender Isolierung des Betroffenen, die wiederum nur zu einer Intensivierung des Andersseins führt (BERNER 1980, 537).

Die gesammelten Fakten einer Identitätskrise tieferen Ausmaßes finden dann in der gesellschaftlich festgestellten psychischen Erkrankung ihren ersten manifesten Ausdruck, die durch die Diagnose "geisteskrank" und/oder den Status eines psychiatrischen Patienten zum haftenden Stigma wird (SCHEFF 1980, 97).

Eine Fragestellung bezüglich des Krankheitsausbruches, die nun besonders wichtig für den Verlauf der Erkrankung und deren Prognose erscheint, betrifft das Lebensalter, in dem die psychische Krankheit sich zum ersten Male äußert. In den folgenden drei Kapiteln soll nun dieser zeitliche Einschnitt näher betrachtet werden.

3.1 Erkrankungsalter und Familienstand

In der Literatur (u.a. DILLING und WEYERER 1978, 248; VOGEL und VLIEGEN 1975, 574) findet man gehäuft Ergebnisse, in denen Ledige und Alleinstehende für psychische Erkrankungen eher gefährdet sind und außerdem geringere Entlassungschancen haben als Verheiratete oder in eine Familie sozial Eingebundene (s. hierzu auch Kap. III.1.2).

Man muß davon ausgehen, daß naturgemäß jüngere alleinstehende Erkrankte insgesamt weniger Berufs- und Sozialerwartungen haben, also eher zu Dauerhospitalisierten werden als Patienten, die qua ihres Alters bei einer psychischen Krise und Erkrankung vermutlich eher eine gewisse Lebens- und Berufserfahrung aufweisen, die ihnen bei einer evtl. Entlassung oder einer sozialen Rückkehr entgegenkommt.

Es konnte für diese Kohorte insgesamt nicht durchgehend festgestellt werden, ob im Falle ihrer Verheiratung (bei ursprünglich 31 Patienten) eine nachfolgende Scheidung (bei 19 Patienten) vor oder während ihrer manifest gewordenen Erkrankung erfolgte (i.S. einer sozialen Auswirkung ihrer Erkrankung). Mit Sicherheit konnte dies nur bei den 3 getrennt lebenden, jedoch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese geschiedenen Patienten nachgewiesen werden. Eine Überprüfung der sozialen Auswirkung der manifesten Erkrankung hinsichtlich des Familienstandes der Verheirateten mußte so vernachlässigt werden.

Die ledig gebliebenen schizophrenen Patienten der Bonner Kohorte zeigen eine

"signifikant ungünstigere soziale und psychopathologische Remission, als diejenigen, die noch nach Erkrankungsbeginn eine Ehe schlossen" (HUBER et al. 1979, 372).

Dieses Ergebnis läßt sich für die chronisch psychiatrischen Patienten dieser Kohorte insofern bestätigen, als die einzigen 3 noch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese verheirateten Patienten (Nr. 1734 weibl. Schizophrene; 1511 männl. Alkoholerkrankter; 1206 männl. 'Organiker': cerebrales Anfallsleiden) noch nach dem Manifestwerden ihrer Erkrankung geheiratet hatten bzw. bei dem 1 Patienten (1511) erfolgte im Verlauf seiner Erkrankung zwar eine Scheidung, aber auch eine Wiederverheiratung, da die Frau zu ihm hielt.

Anknüpfend an den Familienstand der 49 Lediggebliebenen soll nun folgende Arbeitshypothese überprüft werden:

Lediggebliebene mit relativ frühem Erkrankungsalter (0 - 40 J.) haben eine eher schlechte Prognose bezüglich ihrer Entlassung und ihrer sozialen Rückkehr.

Familienstand	0 - 20 J.	21 - 30 J.	31 - 40 J.	41 - 50 J.	51 - 60 J.	61 - 70 J.	71 u. mehr J.	nicht erfaßt
n = 48 ledig	21	13	4	2	2	5	1	1
n = 5 verheiratet		1	2	1		1		
n = 7 verwitwet			1	2	2	1	1	
n = 19 geschieden/o. getrennt lebend		4	7	2	6			
n = 80 Gesamt	21	18	14	7	10	7	2	1
	53			26				

Tabelle 7 Manifestes Erkrankungsalter in 7 Altersklassen nach Familienstand

Bei der vorliegenden Gruppe findet sich die folgende Verteilung von 7 Altersklassen der manifesten Erkrankung:

21 Pat. sind zwischen 0 - 20. Lebensjahr
18 Pat. sind zwischen 21 - 30. Lebensjahr
14 Pat. sind zwischen 31 - 40. Lebensjahr
7 Pat. sind zwischen 41 - 50. Lebensjahr
10 Pat. sind zwischen 51 - 60. Lebensjahr
7 Pat. sind zwischen 61 - 70. Lebensjahr
2 Pat. sind nach dem 71. Lebensjahr

erkrankt.

Die Anzahl der Ersterkrankungen nimmt mit dem Alter augenfällig ab. Nur in der - hier nicht statistischen - Lebensmitte (zwischen 51. und 60. Lj.) ist noch ein geringer Anstieg zu verzeichnen, jedoch vor oder nach dieser auch biologisch bestimmten Krisenzeit ist die Anzahl der Patienten gleich. Im hohen Alter von über 71 Jahren erkrankten nur noch 2 aus 80 (3 %), d.h. ein Individuum, das früh psychiatrisch manifest erkrankt und das noch nicht zu einer sozialen Bewährung (i.S. eines gelungenen Berufes und einer gelungenen Partnerwahl in Form einer Ehe) gekommen ist, hat es schwer, diese sozialen Bereiche überhaupt noch zu realisieren. So stammten insgesamt 53 (66 %) Patienten aus den ersten drei Altersklassen bezogen auf die Krankheitserstmanifestation und nur 26 (33 %) Patienten aus den nachfolgenden Altersgruppen.

Wie wirkt sich nun das vermutete frühe Erkrankungsalter der Ledigen bei den einzelnen diagnostischen Subgruppen bezüglich ihrer Entlassungschancen aus?

Naturgemäß sind in den Altersklassen (0 - 20) vorwiegend die Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand zu finden (12 von 13, die alle ledig blieben). Außerdem gehören zu den 21 Patienten dieses Erkrankungsalters noch 9 ledig gebliebene schizophrene Patienten.

Den Oligophrenen stand trotz ihrer frühen Erkrankung oder Behinderung einer Entlassung aus psychiatrischer Obhut weniger im Wege als man vermuten würde. Eine "soziale Rückkehr" zur Familie (Pat. 1412) oder in eine eigene Wohnung (1413) gelang jedoch nur 2 Patienten. 3 Patienten wurden in ein neu eröffnetes heilpädagogisches Zentrum entlassen, 2 in ein offenes Heim und 2 in eine Übergangs-WG auf dem erweiterten Klinikgelände.

7 von 9 Schizophrenen dieses Erkrankungsalters (14. - 20. Lj.) befanden sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese weiterhin oder erneut in stationärer psychiatrischer Behandlung.

Nur 1 Patient (1731) lebte trotz Rezidiven (die zu Wiederaufnahme führen) allein in einer eigenen Wohnung.

Ein anderer Patient (1727) dieses Erkrankungsalters lebte, nachdem er die Unkosten einer therapeutischen WG, in der er gelebt hatte, nicht mehr bezahlen konnte, in einem offenen Heim der Großklinik.

Insgesamt wurden von den 25 unverheirateten männlichen Schizophrenen aus den Altersklassen 14 - 40. Lj. ihrer manifesten Erkrankung,

- 8 entlassen
- 2 verstarben
- 14 von 25 (56 %) verblieben in stationär-psychiatrischer Behandlung (s. Kap. III.5.3.1.2 Subgruppe der männl. Schizophrenen und soziale Schicht).

Unter den 8 Frauen des Ersterkrankungsalters 27 - 38 J. (7 Schizophrene; 1 organische Psychose) befanden sich 6 Lediggebliebene. Dieser Zeitraum betrifft die Zeit, in der eine Frau "spätestens" (nach damaligen und heutigen Vorstellungen) - wenn überhaupt - gebären sollte: Biologisch ist dem Kinderkriegen ja auch danach eine baldige Grenze gesetzt. Es kann so durchaus angenommen werden, daß diese ledig gebliebenen Frauen (ausgenommen vielleicht die Patientin 0201, die an einer organischen Psychose erkrankte, die aber zunächst als akute Schizophrenie diagnostiziert wurde; später jedoch bei Gehirntumor-Op verstarb) u.a. auch deshalb psychotisch dekompensierten, weil sie - auch unter dem Druck damaliger Beurteilung von Unverheirateten (Jungfer, altes Mädchen) sozial nicht anerkannt wurden - aber primär, weil sie ihre biologische "Aufgabe und Bestimmung" nicht erfüllten.

Der 1 ledige Patient (1301) mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung (Erkrankungsalter 17 J. - Verlegungsalter 55 J.) war bei 12 Aufnahmen in unterschiedlichen Institutionen zwischen 1931 und 1972 insgesamt 18 Jahre, 6 Monate hospitalisiert gewesen. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befand er sich in einem kleinen offenen Heim im Norden Berlins.

2 Patienten aus der Diagnosegruppe "andere organische psychiatrische Erkrankungen" gehörten ebenso zu den ledigen Patienten eines jüngeren Erkrankungsalters.

1 Patient (1205) erkrankte manifest psychiatrisch 22-jährig (Verlegungsalter 27 J.) an einer symptomatischen Epilepsie. Er hatte sich zuvor jedoch nur 9 Monate, 1 Tag in der Großklinik befunden. Der Versuch einer Unterbringung in einer Bodelschwingh'schen Anstalt scheiterte. Er verblieb in der kleineren Klinikeinheit.

Die Patientin (0201) erkrankte 32-jährig mit dem Bild einer akuten Schizophrenie, hatte sich vor der Verlegung (mit 49 J.) insgesamt 3 Jahre, 1 Monat, 2 Wochen bei 6 Aufnahmen in der Großklinik befunden. Kurz nach der Verlegung wurde ein hirnorganischer Prozeß eines verkalkenden Meningeoms entdeckt, der operativ entfernt werden sollte. Die Patientin verstarb 49-jährig an intracranieller Blutung nach der Tumor-Op.

Im Vergleich waren die 5 ledig gebliebenen Patienten eines späteren Erkrankungalters (61 - 70. Lj.) jedoch auch nicht viel besser dran. So verstarben 3 Patienten auf der Station, 1 Patient verblieb, 1 weitere Patientin wurde in ein Heim für chronisch Kranke entlassen, wo sie nach 2 Jahren verstarb.

1 ledige Patientin (0101) mit einer senilen Demenz verstarb kurz nach der Verlegung (Erkrankungsalter 70 J.; Verlegungsalter 70 J.).

1 "Organiker" mit der Diagnose hirnatrophierender Prozeß (Patient 0202), der 68-jährig erkrankte (im selben Jahr der Verlegung), verstarb 5 nach Jahren, 7 Monate, 1 Woche, 6 Tage - 75-jährig - an einer Lungenentzündung auf der Station der kleineren Klinikeinheit. Angehörige waren nicht bekannt.

2 ledige psychotische Patienten betrafen einmal: 1 Patientin (0609), die 65-jährig erkrankte (Verlegungsalter 77 J.), hatte sich einmal 2 Wochen in der Großklinik befunden, wurde 3 Monate nach der Verlegung in ein Heim für chronisch Kranke entlassen, wo sie 79-jährig verstarb.

Zum anderen: 1 Patient (0606), der 65-jährig erkrankte (67-jährig Verlegung) und 6 Monate, 2 Tage nach der Verlegung kurz vor seiner Entlassung an einer Sepsis verstarb.

Eine ledige schizophrene Patientin (1709) erkrankte 62-jährig (Verlegungsalter 78 J.) und hatte sich zuvor 16 Jahre, 11 Monate bei einer Aufnahme in der Großklinik befunden. Sie verblieb in der kleineren Klinikeinheit (89 J. bei der Spätkatamnese).

Den ledig gebliebenen später Erkrankten war jedoch länger ein Leben außerhalb eines psychiatrischen institutionellen Rahmens möglich, so daß sie zumindest qua Tätigkeit und Beruf eine gewisse Befriedigung erfahren und so die Versorgungsangebote eines stationären Aufenthaltes nicht so bald in Anspruch nehmen mußten, was in jedem Fall positiv zu bewerten ist.

3.2 Manifester Vorerkrankungszeitraum nach Geschlecht

Bezogen auf die Altersverteilung zeigt die Population von vier Berliner Nervenkliniken 1969 (HELMCHEN et al 1972, 429) ein Überwiegen der männlichen Patienten in der 4. Lebensdekade, späterhin ein Überwiegen der weiblichen Patienten, nämlich in der 6. Lebensdekade, analog der Altersverteilung der mittleren Bevölkerung Berlins, die auch zweigipflig ist (Überwiegen des männlichen Geschlechts in der 3. Lebensdekade; Überwiegen des weiblichen Geschlechts in der 6. Lebensdekade). Aus einer Summation dieser Altersverteilung läßt sich entnehmen, daß das 4. - 6. Lebensjahrzehnt der Population dieser vier Nervenkliniken gegenüber der Gesamtbevölkerung Berlins überrepräsentiert ist, Kindheit und Jugend eindeutig unterrepräsentiert ist. Interessanterweise ist das 7. Lebensjahrzehnt bei dieser psychiatrischen Krankenpopulation deutlich unterrepräsentiert (auch in der vorliegenden Patientenkohorte). Die 60-Jährigen machen jedoch ein Viertel der gesamten Krankenpopulation dieser vier Nervenkliniken aus (gegenüber einer eher gleichmäßigen Altersverteilung vom 3. - 6. Lebensjahrzehnt dieser 80 chronisch psychiatrischen Patienten).

Um zu sehen, wie lange Frauen und Männer dieser Gruppe im Geschlechtervergleich kompensiert in der Gesellschaft leben konnten, wurde ein manifester "Vorerkrankungszeitraum" untersucht. Dieser nicht beobachtete katamnestisch nur durch die Anzahl der Aufnahmen (s. Kap. III.7.3) oder durch nervenärztliche Vorbehandlungen erfaßter Vorerkrankungszeitraum ergibt sich aus der Zeitspanne in Jahren an vorausgegangener manifester Erkrankung gemessen am Zeitpunkt der Verlegung 1969 (als 0-Zeitpunkt). Der beobachtete Erkrankungszeitraum betrifft ja die 10-jährige Katamnese bis hin zum Zeitpunkt der spätkatamnestischen Erhebung.

Eine Arbeitshypothese zur Überprüfung des Vorerkrankungszeitraums im Geschlechtervergleich bezieht sich auf das frühere manifeste Erkrankungsalter der Männer: Der durchschnittliche Vorerkrankungszeitraum der Männer ist länger als der der Frauen.

	Alter bei Verlegung						
	0 - 20 J.	21 - 30 J.	31 - 40 J.	41 - 50 J.	51 - 60 J.	61 - 70 J.	71 u. mehr J.
n = 16 Frauen			1	5	3	3	4
Vorerkrankungszeitraum (Spannweite)			10 J.	13,6 J. (9 - 20 J.)	12,7 J. (0 - 30 J.)	13 J. (0 - 30 J.)	13,2 J. (10 - 16 J.)
n = 64 Männer	5	9	15	9	10	11	3
Vorerkrankungszeitraum (Spannweite)	3,4 J. (0 - 8 J.)	9,1 J. (1 - 20 J.)	16 J. (2 - 24 J.)	11 J. (1 - 29 J.)	15,7 J. (1 - 38 J.)	11,1 J. (0 - 32 J.)	14 J. (0 - 36 J.)

Tabelle 8 Mittlere Differenz zwischen Verlegungsalter und Erkrankungsalter als manifester "Vorerkrankungszeitraum" (Spannweite) nach Geschlecht und 7 Altersklassen des Verlegungsalters

Der Vorerkrankungszeitraum - egal in welcher Altersgruppe - scheint zunächst bei Männern und Frauen in etwa gleich.

Offensichtlich konnten alle älteren Patienten (im Vergleich zu den jüngeren) kompensiert in der Gesellschaft leben, bevor sie psychiatrisch auffällig wurden. Bei den Männern ist jedoch paradoxerweise in der Gruppe der 31- bis 40-jährigen der höchste durchschnittliche Vorerkrankungszeitraum bei der größten Anzahl der Patienten (15 von 64 = 23 %) zu verzeichnen. Der Vorerkrankungszeitraum der jüngeren männlichen Patienten (unter 30 J.) ist naturgemäß weniger lang, da sie jünger sind.

Insgesamt sieht es so aus, daß Männer früher erkranken. Hier scheinen die Männer zeitlich eher als die Frauen an den charakteristischen Schwellensituationen zu scheitern, d.h. ein durchschnittlicher Vorerkrankungszeitraum von 16 Jahren bei den 15 männlichen Patienten der Altersgruppe der 31- bis 40-Jährigen (Verlegungsalter) heißt, daß diese Patienten im Schnitt mit 20 Jahren erkrankten, d.h. die Ablösung aus dem Elternhaus nicht bewältigten und/oder die Schwelle zur Sexualität konfliktauslösend wurde (s. Kap. III.6.1 Phasentypische Schwellensituationen). Die Frauen hingegen erreichten eine Ablösung aus dem Elternhaus dadurch, daß sie ein erneutes Abhängigkeitsverhältnis eingingen (s. hierzu die 8 psychotisch erkrankten Frauen als Hausmädchen - Kap. III.1.3 Geschlecht und Familienstand).

Anz	Diagnosen	Durchschnittliches Erkrankungsalter i. Jahren (Spannweite)	Durchschnittliches Verlegungsalter i. Jahren (Spannweite)
2	präsenile oder senile Demenz	65 J. (61 - 70 J.)	68 J. (66 - 70 J.)
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	38 J. (22 - 68 J.)	55 J. (27 - 68 J.)
1	Persönlichkeits-störung	17 J.	55 J
13	Oligophrenie	15 J. (0 - 25 J.)	33 J. (15 - 57 J.)
12	Alkoholismus	51 J. (36 - 70 J.)	59 J. (46 - 76 J.)
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	56 J. (35 - 74 J.)	65 J. (45 - 77 J.)
34	Schizophrenien	25 J. (14 - 72 J.)	40 J. (16 - 78 J.)
1	nicht klassifizierbar	45 J.	49 J.

Tabelle 9 Analyse bezogen auf durchschnittliches Erkrankungsalter und durchschnittliches Verlegungsalter (Spannweite) und diagnostische Aufschlüsselung

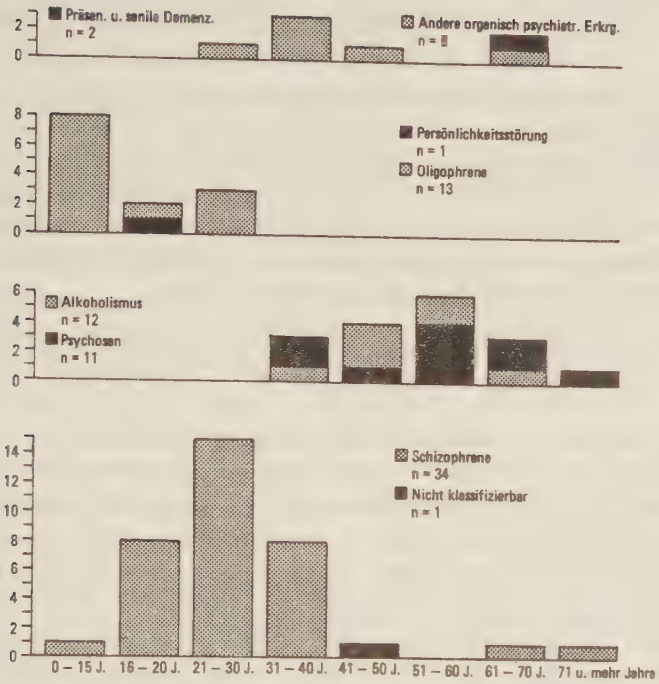
Die obige Tabelle dient einem Überblick über das durchschnittliche Erkrankungs- und Verlegungsalter der einzelnen diagnostischen Subgruppen, wobei die Differenz dieser beiden Mittel wieder einen nicht beobachteten durchschnittlichen Vorerkrankungszeitraum ergibt.

Außerdem wird noch einmal ersichtlich, wie lange teilweise die Ersterkrankung für die einzelnen Diagnosen bei diesen Patienten zurückliegt, bis diese in die kleinere Klinikeinheit verlegt wurden. Dennoch konnten von diesen langjährigen Dauerpatienten im Verlauf von weiteren 10 Jahren 50 (62 %) Patienten (8 Frauen, 42 Männer) entlassen werden (s. Kap. II.2.1 Schema der Vorgehensweise zur Erlangung der katamnestischen Daten und Kap. IV - Verbleib zum Zeitpunkt der Spätkatamnese).

3.3 Erkrankungsalter nach Diagnosen und Geschlecht

Wie sieht nun das psychiatrisch manifeste Erkrankungsalter bei den unterschiedlichen Diagnosen aus?

Eine Arbeitshypothese bezüglich des Erkrankungsalters dieser diagnostisch heterogenen Patientengruppe soll den Patienten mit den vermutlich längsten Krankheitsverläufen gelten: Oligophrene, Alkoholiker und Schizophrene erkranken tendenziell eher früh, bzw. werden in relativ jungem Alter psychiatrisch auffällig.



Manifestes Erkrankungsalter in 8 Altersklassen bei entsprechender Diagnose

Im Alter von 0 - 15 Jahren wurden psychiatrisch auffällig (infolge ihrer frühen Behinderung) primär die Oligophrenen (mit 8 Patienten) und 1 schizophrener Patient. In der Altersklasse 16 - 20 Jahre besteht ein fast inverses Verhältnis: Es erkrankten manifest bzw. wurden psychiatrisch auffällig 8 schizophrene Patienten und 2 Oligophrene.

Im dritten Lebensjahrzehnt (21 - 30 Jahre) erkrankten neben 15 schizophrenen Patienten und 3 Oligophrenen auch noch 1 Patient mit Persönlichkeitsstörung.

Im vierten Lebensjahrzehnt (31 - 40 Jahre) erkrankten bzw. wurden psychiatrisch auffällig noch weitere Patienten aus anderen diagnostischen Subgruppen: 3 "Organiker"; 2 Psychotiker; 1 Alkoholiker; 3 Oligophrene und ebenso wie im zweiten Lebensjahrzehnt 8 Schizophrene.

Im fünften Lebensjahrzehnt (41 - 50 Jahre) erkrankten erstmalig: 1 Organiker, 1 Psychotiker, 4 Alkoholiker, 1 nicht klassifizierbarer Patient.

Im sechsten Lebensjahrzehnt (51 - 60 Jahre) sind: 4 Psychotiker und 6 Alkoholiker erkrankt.

Im siebten Lebensjahrzehnt erkrankten bzw. wurden psychiatrisch auffällig insgesamt 8 Patienten aus den unterschiedlichsten diagnostischen Subgruppen. 2 Patienten der Diagnose senile Demenz; 1 Organiker; 3 Psychotiker; 1 Alkoholiker; 1 schizophrener Patient.

Im achten Lebensjahrzehnt (71 und mehr Jahre) erkrankten: 1 Psychotiker und 1 schizophrener Patient.

Betrachtet man nun die Abbildung (Manifestes Erkrankungsalter in 8 Altersklassen), so wird deutlich, daß außer den Alkoholikern und den Psychotikern, die erst im 4. Lebensjahrzehnt (31 - 40) erkrankten, die Mehrzahl der Patienten schon früher psychiatrisch auffielen. Dies betraf insbesondere naturgemäß die 13 jungen männlichen Oligophrenen, aber vor allem auch 24 schizophrene Patienten, die wohl an der Schwelle zu neuen Entwicklungsschritten (menschlich-biologischer Aufgabenstellungen) scheiterten (s. Kap. III.6.1 Phasentypische Schwellensituationen). Die Alkoholiker wurden überraschenderweise erst später psychiatrisch auffällig. Dies mag damit zusammenhängen, daß die Alkoholerkrankung kein akuter Krankheitsausbruch oder -einbruch ist, sondern eher eine Entwicklung. Bis es zu einer (manifest) psychiatrischen Erkrankungsfeststellung kommt, können diese Patienten noch eher (wenn auch nicht sozial unauffällig) kompensiert draußen leben.

Die obige These kann also nur für die 13 Oligophrenen mit 100 % und die 24 schizophrenen Patienten mit 71 % bestätigt werden.

Um eine genaue Differenzierung der 34 Schizophrenen und der 45 Psychosen insgesamt - als weitaus größte diagnostische Subgruppe - zu ermöglichen, sollen deren Ersterkrankungsalter nochmals eingehender betrachtet werden.

Subgruppe der Schizophrenen:

Bei den 34 Schizophrenen fällt das Erkrankungsalter (wie oben be-

schrieben) am häufigsten in das 3. (44 %) und das 2. und 4. (je 23,5%) Lebensjahrzehnt. Im Vergleich ergibt das Bonner Kollektiv (HUBER et al. 1979, 358) ähnliche Daten: Im 3. (37 %), im 2. und 4. Lebensjahrzehnt je 24,5 %. Die Rate der Spätschizophrenien ist jedoch im Bonner Kollektiv mit 17 % um 11 % höher als in dieser kleinen Kohorte mit nur 6 %.[1] D.h., die vorliegende Subgruppe der Schizophrenen ist vom Erkrankungsalter her etwas jünger (s. auch die 7 % höhere Erkrankungsrate im 3. Lebensjahrzehnt). Obwohl ein frühes Erkrankungsalter bei Schizophrenen keine signifikante Bedeutung für die Langzeitprognose der Erkrankung haben soll (HUBER et al. 1979, 265), heißt es jedoch im Ergebnis insbesondere für die jüngeren Schizophrenen dieser Gruppe, daß sie zu psychiatrischen Dauerpatienten wurden, die teilweise ununterbrochen in der kleineren Klinikeinheit verblieben oder mit versuchten Entlassungen in anderen klinischen Einrichtungen wieder aufgenommen wurden, so z.B. 2 Patienten (1717; 1719) in der Großklinik (s. Kap. III.5.3.1.2 - Subgruppe der männlichen Schizophrenen und Schicht).

Andererseits mag die prozentuale Diskrepanz der Verteilung des Ersterkrankungsalters in dieser Gruppe im Vergleich zum Bonner Erfahrungsgut auch an der unterschiedlichen Geschlechtsverteilung der beiden Kohorten liegen.

Die Frage, die sich hier stellt, ist die, ob die Frauen im Schnitt später erkrankten als die Männer. Nach M. Bleuler (b. VOGEL u. VLIEGEN 1975, 572) gibt es unter den schizophrenen Frauen mehr Späterkrankte als bei den Männern. Nach VOGEL u. VLIEGEN (1975, 572) hängt das spätere Erkrankungsalter der Frauen deren Untersuchungsgutes primär mit dem Überwiegen der paranoid-halluzinatorischen Psychosen zusammen, die bei Frauen eher in einem späteren Lebensalter auftreten.

Erhebliche Geschlechtsunterschiede zeigten auch die Alterswerte von schizophrenen Dauerpatienten einer Stichtagserhebung von fünf bzw. sechs niedersächsischen Landeskrankenhäusern (HARTMANN und MEYER 1973, 3). Wie in allen diskutierten Untersuchungen und auch im Bonner Erfahrungsgut ergibt sich ein um 5 - 7 Jahre vorverlegtes Erkrankungs- und Aufnahmealter für Männer.

---

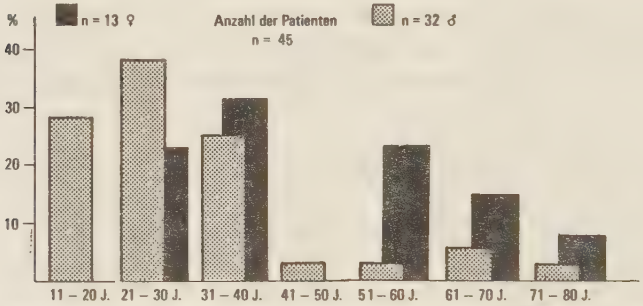
1) Es soll hier noch einmal betont werden, daß Vergleiche wegen der kleinen Gruppe nur sehr vorsichtig gezogen werden dürfen.

Dies scheint, wie schon HARTMANN und MEYER (1974, 4) vermuten, "kein schizophreniespezifisches, sondern ein unmittelbar sozial bedingtes Phänomen" zu sein, das sich "auch bei Alterskrankheiten" und so auch bei der Gesamtheit der chronisch-psychiatrischen Patienten der vorliegenden Kohorte nachweisen läßt. So zeigen

> die Frauen im Mittel ein Erkrankungsalter von 36 Jahren,
> die Männer im Mittel ein Erkrankungsalter von 30 Jahren.

Diese Befunde sollen nun auf die psychotisch Erkrankten insgesamt mit folgender These erweitert werden:

Frauen erkranken manifest später als die Männer, da ihre Erkrankung vermehrt aus dem paranoid-halluzinatorischen Formenkreis stammt.



Prozentuale Verteilung des manifesten Erkrankungsalters der Psychosen insgesamt nach Geschlecht in 7 Altersklassen.

45 psychotisch erkrankte Frauen und Männer

Zur Überprüfung dieser Arbeitshypothese sollen die 13 psychotisch erkrankten Frauen (9 Schizophrenien, 4 affektive Psychosen) mit den 32 psychotisch erkrankten Männern (25 Schizophrenien und 7 affektive Psychosen) verglichen werden.

Es ergibt sich die folgende Verteilung:

28 % der Männer (keine Frauen) sind im 2. Lebensjahrzehnt erkrankt; 23 % der Frauen im 3. Lebensjahrzehnt im Vergleich zu 38 % der Männer; im 4. Lebensjahrzehnt erkrankten 31 % der Frauen und nur 10 % der Männer; im 5. und 6. Lebensjahrzehnt sind jeweils 3 % der Männer und 23 %

der Frauen (Letztere nur im 6. Lebensjahrzehnt) erkrankt. Das 7. Lebensjahrzehnt bringt für die Frauen eine Rate von 15 %, bei den Männern eine von 6 %. Zu den Späterkrankten gehören 8 % der Frauen und 3 % der Männer.

Die Abbildung: Prozentuale Verteilung des manifesten Erkrankungsalters der Psychosen zeigt augenfällig, wie das Erkrankungsalter der psychotisch dekompensierten Frauen später liegt als das der Männer, obwohl dieses Ergebnis infolge der geringen Vergleichszahlen nur relativen Aussagewert besitzt. Es ist allerdings eindeutig festzustellen, daß es sich bei den psychotischen Frauen im wesentlichen um Zustandsbilder aus dem paranoid-halluzinatorischen Formenkreis handelt, nämlich 10 bei 13 Frauen (77 %) im Vergleich zu 14 bei 32 Männern (44 %).

Diese paranoid-halluzinatorischen psychotischen Erkrankungen treten bei Frauen häufiger, aber auch später als andere psychotische Zustandsbilder auf, die wiederum bei den Männern eher vertreten sind. Es erkrankten jedoch auch die an paranoid-halluzinatorischen Psychosen leidenden Männer früher.

Da die paranoiden Psychosen mit projektiven Abwehrmechanismen einhergehen, kann man davon ausgehen, daß diese Männer noch eher als die Frauen - vielleicht auch infolge ihrer erhöhten sozialen Außenanforderungen, der Rollenerwartung eines sich zu behauptenden Individuums - insbesondere Gefühle aus unterschiedlichen Antriebsbereichen nicht zulassen durften und sich so vor Ängsten bei aggressiven Triebimpulsen durch eine verstärkte projektive Abwehr zu schützen versuchten, bis dann die gesamte Welt umgedeutet und dämonisiert wurde.

4. Familiengenese nach Diagnose

Ein wichtiger Aspekt bei der Untersuchung der vielfältigen Faktoren, die zur Entstehung von psychischen Störungen führen, ergibt sich aus der Betrachtung des Familienverbundes und der Bedeutung von Veränderungen der klassischen Familienstruktur. Aufgrund der strukturellen Veränderungen durch den arbeitsteiligen Industrialisierungsprozeß erfährt der Schutzraum der Familie einen "Funktionsverlust". An die Stelle des früheren Familienverbundes treten familienähnliche Ersatz- und Scheingemeinschaften, die nach der Vorstellung und dem Wunsch ihrer Mitglieder beschützende Funktion zu übernehmen haben. Da sie natürlich nicht zusammenhalten würden, müssen diese Pseudogemeinschaften (BATESON und JACKSON 1969, 44 ff.) ein künstliches, um so enger geknüpftes Beziehungsgeflecht entwickeln, um eine gewisse Gruppenkontinuität aufrecht zu erhalten. Aus diesen Pseudogemeinschaften kann nur der ausbrechen, der kriminell oder psychotisch wird (VINNAI 1973, 45).

Die urbane Situation, insbesondere ihre Anonymität, trägt zur Verletzbarkeit der Zwei-Generationen-Familie bei. Der Familienzusammenhalt ist im Vergleich zur früheren Großfamilie gering. Bei Ausfällen im Personenbestand gab es in der Drei- bis Vier-Generationen-Familie vielfältigen Ersatz und Ausgleichsmöglichkeiten. Die Primärkontrolle, d.h. ein regulierendes Prinzip durch Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, Freundschaft funktionierte noch und vermochte desintegrative Erscheinungen abzufangen, so daß psychische Fehlentwicklungen und abweichendes Verhalten mehr ein Individualphänomen blieb. Durch die sich immer rascher entwickelnden großstädtischen Bezirke, die die Landbevölkerung absog, zerfielen die Sozialstrukturen zusehends. Im Moloch der Großstadt geht dann der - seinen Ursprüngen entfremdete - heimatlos Gewordene unter.

Die "broken-home"-These als ein Aspekt der Sozialisationsforschung belegt durch Untersuchungen (MONOHAN 1968, 73 ff.), wie psychische Entbehrungen, die ein Kind in einer zerrütteten Familie erfährt, zu einer defizitären Sozialisation führen. Der Begriff der Sozialisation bezeichnet die Verinnerlichung von sozialen und kulturellen Werten. Die

zweite, die "sozio-kulturelle" (CLAESSENS 1962, 23)[1] Geburt nimmt im engsten sozialen Raum der Familie ihren Anfang. Das affektive Gruppenklima in der Familie, in der das Kind aufwächst (GLUECK und GLUECK 1946, 9 f.), ist für das Werden der "sozialen Gestalt" (SCHÜLER-SPRINGORUM 1969, 162) von entscheidender Bedeutung.

Die Unvollständigkeit einer Familie ist durch uneheliche Geburt, Scheidung, Trennung der Eltern und Verwaisung gekennzeichnet. Das Zerbrechen der Familienstruktur[2], das auch zu Sozialisationsmängeln führt, manifestiert sich in wirtschaftlicher Not der Familie, Sprachlosigkeit und averbalen Problemlösungsversuchen der Erwachsenen, rigiden Strafritualen (MOSER 1970, 346 ff.) sowie in der Unfähigkeit gemeinsamer Lebensplanung. Hinzu treten häufig: Alkoholismus, rigide Rollenfixierung, affektive Entscheidungsmuster - diese regelmäßig mit Gewaltanwendung verbunden - und projektive Bewältigung eigener Konflikte (RICHTER 1969, 75 ff.).

Kinder können die affektive Erregung der anderen kaum verarbeiten, da diese verfremdend wirkt und außerdem die Rollenidentität mit dem geliebten Wesen verunsichert. Dabei werden frühkindliche paranoide Ängste frei, die eine starke Affektbesetzung erfahren. Die infantilen Schutzmaßnahmen zur Entlastung von diesen Ängsten können die Projektion eigener störender oder gefährlicher Gefühle nach außen zur Folge haben und zu lebenslangen Begleitern werden (MOSER 1971, 231; 1970, 185).

---

1) Claessens gliedert die Sozialisation in das zeitliche Aufeinanderfolgen von "Sozialisierung", "Enkulturation" und "sekundäre soziale Fixierung".

2) Wenn ein Mitglied oder mehrere Mitglieder ihren rollenspezifischen Pflichten nicht mehr nachkommen können, erwächst eine Störung der Kontinuität der Gruppenwirkung bis hin zum Zusammenbruch einer Struktur sozialer Rollen, d.h. die Desorganisation der Familie ist die Folge (KÖNIG in: HAFERKAMP 1972, 46 f.).

Das sich daraus entwickelnde sog. "alloplastische" (FREUD 1948, 366)[1] Verhalten wird als ein nach "außen" gerichtetes Verhalten verstanden, das im wesentlichen durch Aggressivität, hohe Impulsivität, Frustrationsintoleranz und die Unfähigkeit gekennzeichnet ist, sich mit Konfliktsituationen rational auseinanderzusetzen. Alloplastisches Agieren ist immer ein Ausdruck von Ich-Schwäche: "Das Ich ... verarmt in Bezug auf Bewältigungstechniken von Konflikten; übrig bleibt Flucht, Vermeidung, wilder Angriff und diffuse Zerstörung zur Angstmilderung." (MOSER 1970, 245)

Das Gegenbild dazu ist die sog. "Affenliebe". Das Kind, das mit Zuneigung überschüttet wird, treibt in eine symbiotische Abhängigkeit: Die Autonomiebestrebungen des Kindes werden verhindert und die später notwendige Selbständigkeit kann nicht entstehen. Diese Belastungen haben für die Sozialisation des Kindes eine äußerst negative Wirkung und begründen in vielen Fällen eine Fehlentwicklung, die ihren Ausdruck in abweichendem Verhalten findet oder den psychodynamischen Hintergrund einer nicht zu bewältigenden Orientierungskrise bildet, die sich erst im späteren Leben manifestieren mag.

Bezogen auf die Vorüberlegungen hat die Analyse der Faktoren aus der Familiengenese, die sich entsprechend belastend auf das affektive Klima und auf die Zerrüttung auswirkten, eine Bedeutung. Hierzu gehören Nennungen in den Krankengeschichten der Patienten von

- sozial schwacher Familie, d.h. ausgesprochen wirtschaftliche Not (Hunger, Wohnen in Elendsvierteln usw.)

- Mutter krank oder in Nervenklinik während der Kindheit und Pubertät

- andere Familienmitglieder schwerkrank oder schwerbehindert oder häufige Suiziddrohungen

---

1) Das "alloplastische" Verhalten wird den Erziehungspraktiken der Unterschicht zugeschrieben. Demgegenüber steht das "autoplastische" (FREUD, GW XIII, 366), das nach "innen" gerichtete Verhalten der Mittelschicht, das gekennzeichnet ist durch Frustrationstoleranz und Lösungsstrategien in Konfliktsituationen als ein Ergebnis von sado-masochistischer Unterwerfung unter die jeweils herrschenden Normen und Konventionen. Dieses Verhalten, das nicht ohne Zwänge und Deformationen ist, beschreibt WULFF (1971/72, 76) als "Normopathie".

- psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern wie Trunksucht, Verwahrlosung, Minderbegabung und Kriminalität.

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	sozial schwache Familien	Mutter krank o.i. Nervenklinik	Fam Mitgl.krank; Nerven- u. Gemüts-krankh., Schwerbeh.; Suiziddrohungen	Psychopatholog. Auffälligk. (Sucht; Verwahrlsg.; Minder-begabg.; Kriminalität	Nennungen insgesamt
2	präsenile oder sen. Demenz					
1	Persönlichkeitsstörung					
6	andere organisch psychiatr. Erkrankg.	2 (33 %)			1 (17 %)	3
13	Oligophrenien	4 (31 %)	1 (8 %)	2 (15 %)	4 (31 %)	11
12	Alkoholismus	1 (8 %)	1 (8 %)		2 (16 %)	4
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychosen	4 (30 %)	2 (18 %)	1 (10 %)	1 (10 %)	8
34	Schizophrenien	12 (35 %)	5 (15 %)	9 (26 %)	4 (12 %)	30
1	nicht klassifizierbar					
80	Insgesamt	23	9	12	12	56
	%	29 %	11 %	15 %	15 %	

Tabelle 10 Analyse bezogen auf Familiengenese und Art der Diagnose in Absolut- u. Prozentzahlen

23 (29 %) - d.h. mehr als ein Viertel dieser 80 chronisch kranken Patienten stammen aus einer sozial-schwachen Familie, die gekennzeichnet ist u.a. durch enge Wohnverhältnisse (eine Wohnküche für kinderreiche Familie oder Zwei-Generationen-Haushalt), durch Hunger, durch geringe Aufstiegschancen und Arbeitslosigkeit. Neben den vier aus 13 (31 %) Familien der Oligophrenen fallen insbesondere die 45 psychotischen Erkrankungsformen ins Gewicht mit insgesamt 16 (35 %) Nennungen (4 Psychotiker, 12 Schizophrene).

Bei insgesamt 9 Patienten (11 %) war die Mutter krank während der Kindheit oder befand sich in der Nervenklinik, wobei allein 7 (78 %) dieser Nennungen auf die 45 psychotischen Erkrankungsformen entfallen.

Bei insgesamt 12 Patienten (15 %) waren die Familienmitglieder krank oder es bestand eine Schwerbehinderung in der Familie oder häufige Suiziddrohungen der Eltern belasteten die Familienatmosphäre. Diesem familialen Belastungsbereich waren insbesondere die Schizophrenen mit 9 (26 %) Nennungen ausgesetzt.

Psychopathologische Auffälligkeiten der Eltern waren 12mal (15 %) erwähnt. 4 (31 %) Nennungen fielen auf die Familien der 13 Oligophrenen, 4 (12 %) auf die 34 Schizophrenen.

Überraschend war, daß auf die 12 Alkoholerkrankten nur insgesamt 2 (16 %) Nennungen von psychopathologischen Auffälligkeiten der Eltern (also auch deren Trunksucht) kamen, so daß ein früher imitativer Lernprozeß des Trinkens, wie manche Suchttheorien postulieren, bei dieser Patientengruppe nicht bestätigt werden kann. Dies mag einem Artefakt gleichkommen, als man generell davon ausgehen kann, daß eine evtl. vorhandene Trunksucht elterlicher Bezugspersonen eher unerwähnt bleibt, da dies einer Nestbeschmutzung gleichkäme.

Zwar nicht signifikant auffallend ist, daß weder die beiden an seniler Demenz erkrankten Patienten noch der eine Patient mit Persönlichkeitsstörungen (und Minderbegabung), noch der nicht klassifizierbare suizidale Patient Nennungen aus diesem Bereich aufwiesen. Dennoch läßt sich feststellen, daß die psychische Störung dieser Patienten ebensowenig wie eine Reihe anderer nicht unbedingt abhängig ist von diesen belastenden familiengenetischen Faktoren. Diese können, aber müssen nicht, für das Auftreten von späteren psychischen Störungen verantwortlich sein.

Insgesamt dürfen Schlußfolgerungen daraus nur sehr vorsichtig gezogen werden, da es sich hier ja über Zweite und Dritte mitgeteilte Daten handelt, die ohnehin nicht überprüfbar waren und andererseits schon bei der ersten anamnestischen Hinterfragung - bei vorausgesetztem kooperativen Verhalten des Patienten - durch Erinnerungslücken oder Verzerrungen geprägt waren.

4.1 Das Vorhandensein oder Fehlen einer positiven Familiengeschichte

Zu den Ausführungen in Kapitel III.4. über die Auswirkungen der Unvollständigkeit einer Familie läßt sich nun folgende These formulieren:

Eine unvollständige Familienkonstellation ist ein prädisponierender Faktor für psychische Erkrankungen (MESTER 1980, 302).

Durch den Verlust eines Elternteils (aufgrund von Scheidung, Trennung oder Tod) wird das Kind vermehrt, wenn nicht völlig der Kontakte zu den primären Bezugspersonen beraubt, deren es entwicklungspsychologisch als Identifikationsmodell und zur emotionalen Orientierung und Ausreifung unbedingt bedarf, um Autonomie und innere Sicherheit aufzubauen.

Psychodynamisch werden außerdem - im wesentlichen bei Scheidungen und Trennungen - aufgrund der Vorstellung mitverantwortlich für die elterlichen Konflikte gewesen zu sein, häufig massive Schuldgefühle hervorgerufen. Aus diesen erwachsen möglicherweise Schwierigkeiten bei der Auflösung der ödipalen Problematik, die wiederum Unsicherheit bezüglich der sexuellen Identität zur Folge haben, die sich dann verhängnisvoll für Schwellensituationen, bei der Ablösung und für die dem eigenen Geschlecht zugewiesene Rolle auswirkt.

Anz.	Diagnosen	Vater vorhanden	Vater fehlend	Vater verstorben	Mutter vorhanden	Mutter fehlend	Mutter verstorben	beide Eltern nicht vorhanden
2	präsenile oder senile Demenz	2			2			
6	andere organisch psychiatr. Erkrankg.	2	1 (16 %)	3 (50 %)	6			
1	Persönlichkeits-störung	1			1			
13	Oligophrenien	8	2 (15 %)	3 (23 %)	11	1 (8 %)	1 (8 %)	2 (15 %)
12	Alkoholismus	9		3 (25 %)	11		1 (8 %)	
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychosen	7	4 (36 %)		10	1 (9 %)		1 (9 %)
34	Schizophrenien	26	3 (9 %)	5 (15 %)	30	1 (3 %)	3 (9 %)	3 (9 %)
1	nicht klassifizierbar		1		1			
80	Insgesamt	55	11 (14 %)	14 (17 %)	72	3 (4 %)	5 (6 %)	6
	%	69 %	31 %		90 %	10 %		8 %

Tabelle 11 Analyse bezogen auf das Vorhandensein oder Fehlen des Vaters und der Mutter durch Tod oder andere Ursachen in Absolut- und Prozentzahlen

Bei der hier vorgefundenen Gruppe von 80 chronisch-psychiatrischen Patienten fehlten:

33mal (14 %) ein leiblicher Elternteil, dabei waren bei 6 Patienten (8 %) jeweils beide Elternteile nicht vorhanden.

Eine weitere Aufschlüsselung ergibt, daß insgesamt die Mutter 8mal (10 %) fehlte (5mal verstorben, 3mal nicht vorhanden) und der Vater insgesamt 25mal (31 %) fehlte (14mal verstorben, 11mal nicht vorhanden).

In der Normalbevölkerung stammen schätzungsweise 18 % der Adoleszenten aus keiner vollständigen Familie mit leiblichen Eltern (MESTER 1980, 302). Gegenwärtig leben in der BRD 1,2 Mill. Kinder, denen ein Elternteil fehlt.

Im Vergleich dazu fehlten bei der vorliegenden Gruppe 41 % ein leiblicher Elternteil (bis zum 18. Lj.), d.h. mehr als doppelt so oft als in der Normalbevölkerung.

Auch bei einer vorsichtigen Beurteilung dieser prozentualen Diskrepanz ergeben sich Hinweise darauf, daß die Unvollständigkeit einer Familie i.S. der broken-home-These auch bei dieser Klientel zu psychischen Erkrankungen prädisponierte.

Anz.	2 Gruppen	vorhanden Va	vorhanden Mu	fehlend Va	fehlend Mu	verstorben Va	verstorben Mu	beide Elternteile nicht vorhanden
34	Schizophrene	26	30	3 9%	1 3%	5 15%	3 9%	3 9%
46	andere psychiatr. Diagnosen	30	42	7 15%	2 4%	9 20%	2 4%	3 6%

Vorhandensein oder Fehlen einer positiven Familiengeschichte bezogen auf zwei psychiatrische Sub-Gruppen in Absolut- und Prozentzahlen.

Eine diagnostische Unterteilung zwischen der Subgruppe der 34 Schizophrenien und der festgestellten 46 anderen psychiatrischen Diagnosen erbrachte keine wesentlichen Unterschiede. Bei den 34 Schizophrenen war 3mal (9 %) die Mutter verstorben und nur 2mal (4%) bei der Gruppe der anderen psychiatrischen Krankheitsbilder. In der Gruppe der Schizophrenen war die Mutter insgesamt bei 12 % der Fälle nicht vorhanden, in der anderen Subgruppe bei insgesamt 9 % der Fälle. Es fehlte der Vater insgesamt bei 24 % der Fälle bei den Schizophrenen, bei den anderen psychiatrischen Diagnosen sogar bei 34 % der Fälle. Bei beiden

Subgruppen fehlten jeweils 3mal beide Elternteile, d.h. für 9 % der Schizophrenen und für 6 % der anderen psychiatrischen Diagnosen.

4.2 Ambivalente und andere extreme Beziehungsformen in der Familie

Die Persönlichkeiten von Eltern, die ihre Kinder entweder extrem verwöhnen oder extrem hart behandeln bis hin zum Mißhandeln sind geprägt durch eine eigene unreife Gefühlswelt mit projektiven Konfliktbewältigungsformen. Familiale Beziehungsformen mit primär affektivem Entscheidungsmuster sind bestimmt durch starke Abhängigkeiten und Gefühle eigener Unzulänglichkeit und Ohnmacht. Die dabei vorherrschende Unfähigkeit, sich in die Bedürfniswelt des Kindes einzufühlen, stammt ursächlich von eigenen defizitären Erfahrungen in den ersten Lebensjahren. Die sich daraus entwickelnden Fehleinstellungen werden in der Beziehung zu den Kindern wiederholt. Aus diesen Überlegungen läßt sich nun folgende These ableiten:

Ambivalente Er- und Beziehungsformen behindern die psychische Entwicklung der Kinder.

Anz.	Diagnosen	Extreme Härten	Extreme Verwöhnung	Ambivalenz: bd. Er- u. Beziehungsform. i.d. Familie	Insgesamt	Wegen Progredienz d. Leidens Familiengenese nicht erhoben
2	präsenile oder senile Demenz					
6	andere organisch psychiatr. Erkrankg.					
1	Persönlichkeitsstörung			1 (100 %)	1 (100 %)	
13	Oligophrenien	2 (15 %)	4 (31 %)		6 (46 %)	2 (15 %)
12	Alkoholismus	1 (8 %)	1 (8 %)	2 (17 %)	4 (33 %)	1 (8 %)
11	Psychosen: Zykliophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychosen	5 (45 %)	2 (18 %)		7 (64 %)	
34	Schizophrenien	14 (31 %) 9 (26 %)	5 (15 %) 3 (9 %)	9 (26 %)	28 (62 %) 21 (61 %)	2 (6 %)
1	nicht klassifizierbar		1 (100 %)		1 (100 %)	
80	Insgesamt	17	11	12	40	6
	%	21 %	14 %	15 %	50 %	8 %

Tabelle 12 Beziehungsmuster der Familie in Absolut- und Prozentzahlen

Bei der vorliegenden Gruppe von 80 chronisch psychiatrisch Erkrankten gab es 40 Nennungen dieser psychogenen Be- und Erziehungsstile, die den psycho-physischen Entwicklungsbedürfnissen eines Kindes kaum gerecht werden konnten, d.h. 50 % der Patienten setzen ähnlich defizitäre Entwicklungsbedingungen der Eltern fort, gleich einem "schicksals"-haft vorgezeichneten Wiederholungszwang der Familiendynamik folgend.

Kinder, die von ihren Bezugspersonen extrem verwöhnt werden, sind in keinem Fall besser ausgerüstet zur Lebensbewältigung als z.B. überstreng erzogene Kinder. Sie scheitern häufig an der Realität - spätestens bei Schulbeginn - und zwar immer dann, wenn der Einsatz eigener Aktivitäten oder eigener Verzichtleistungen als reifere Ich-Entscheidungen erforderlich werden.

Neben der "gutgemeinten" elterlichen Überfürsorglichkeit, die sich häufig aus Schuldgefühlen speist, können sich in Verwöhnungsformen der Kinder auch die latent-aggressiven Strebungen der Eltern ausdrücken, die die Ich-Werdung ihrer Kinder aus unbewußter Konflikthaftigkeit nicht zulassen können.

Extreme Verwöhnung

Ein "Nesthäkchen-Syndrom" extremer Verwöhnung von Jüngsten oder Nachkömmlingen erscheint mit insgesamt 8 Patienten (männlich) 10 % gehäuft in der Lebensgeschichte der 80 chronisch-psychiatrisch Erkrankten. 2 (2 %) weitere Patienten aus der Spalte extremer Verwöhnung waren Einzelkinder, bei denen das Übermaß an versorgender Liebe u.a. zu einer lebensgeschichtlich bedingten Orientierungskrise mit beitrug.

Gerade bei 4 Patienten mit psychischem Entwicklungsrückstand (aus 13) fanden extreme Verwöhnungen i.S. einer fixierten Infantilisierung statt. Die verwöhnende Haltung der Bezugspersonen in der Familie (bei den 4 Oligophrenen die Mutter, hauptsächlich aber auch die Großmutter) stabilisiert das, was anlagemäßig schief gelaufen ist.

So wurde ein unehelich geborener Patient (1407) mit psychischem Entwicklungsrückstand (frühkindliche Meningitis) von den väterlichen Großeltern aufgezogen, die ihn als Sohn ihres gefallenen Sohnes mit Liebe überschütteten bei gleichzeitiger Androhung von Liebesentzug. In der Erziehung setzten sie keine Grenzen und nährten so eine ungerechtfertigte Anspruchshaltung, die dann Schuld an vielen seiner Fehlhaltungen hatte. Im Verlauf reagierte der Patient auf geringste Frustrationen mit Nahrungsverweigerung. Diese Trotzreaktion hat ursächlich mit der oralen Anspruchshaltung zu tun.

Ein weiterer minderbegabter Patient (1410) mit aggressiven Untersteuerungsreaktionen war das 2. von 4 Kindern eines schwachsinnigen Elternpaares, die ihre Arbeit zwar zuverlässig verrichteten und deren Familienverhältnisse so weit geordnet waren. Die Großmutter jedoch, die die Kinder (3 Minderbegabte und ein normal intelligentes Kind) betreute, war der Erziehung nicht gewachsen und so kam es zu vielen Fehlhandlungen, insbesondere des Patienten, die dann zu seiner Heimeinweisung führten, die eine 25-jährige psychiatrische Karriere einleitete, die erst 1 Jahr vor der Spätkatamnese durch eine Entlassung 1978 in eine Übergangswohngemeinschaft auf dem erweiterten Klinikgelände abgeschlossen wurde.

Ein anderer Patient (1408) dieser Diagnosegruppe war der Erstgeborene, der wie ein Einzelkind aufwuchs, da eine Halbschwester erst 14 Jahre später hinzu kam. Der Patient lebte mit Mutter und Großmutter und bewies eine Gefühlsunreife aufgrund mangelnder Anforderungen, Verwöhnung und Überversorgung innerhalb der häuslichen Situation. Zur Einweisung kam es aufgrund wiederholter Konflikte, da das Essen nicht fertiggestellt war, was ihn zu heftigen aggressiven Durchbrüchen gegenüber der Mutter veranlaßte. Im Verlauf zeigte er eine oral-kaptative Anspruchshaltung und kritiklose Selbstüberschätzung bei Zukunftsvorstellungen. So wollte er bei der Spätkatamnese die Starparade übernehmen.

Beim letzten der 4 "verwöhnten" Patienten (1411) mit Entwicklungsrückstand handelte es sich um eine Reaktionsbildung der Mutter wegen der ursprünglich abgelehnten Schwangerschaft. Ebenso wurde er von der Großmutter verwöhnt, die im Haushalt der Kindseltern wohnte. Der Vater, der sich gegenüber der Frau und der Schwiegermutter nicht durchsetzen konnte, stellte keine funktionstüchtige männliche Bezugsperson dar. Als der Patient 11 Jahre alt war, erkrankte der vorgealterte Vater an Lymphdrüsenkrebs. 12-jährig bekam der Patient den 1. tonischen Krampfanfall, nachdem er sich schon aufgrund schulischer Schwierigkeiten in der Sonderschule befand. Dort konnte er die Kulturtechniken des Lesens und Schreibens relativ gut entwickeln, später im Heim untergebracht zeigte er Fehlverhaltensweisen, die zur psychiatrischen Einweisung führten. Zur Spätkatamnese befand er sich in der Übergangswohngemeinschaft der Klinik, nachdem er 9 Jahre 2 Wochen in der kleineren Klinikeinheit ununterbrochen (dabei nur 2 Wochen, 5 Tage in der Großklinik) zugebracht hatte.

Extreme Härten

Extreme Härten erlitten 2 Oligophrene in ihrer Erziehung. Einmal (Pat. 1413) handelte es sich um eine Kindesmißhandlung, im anderen Fall (Pat. 1405) stellte die Mutter zu hohe Ansprüche an die Leistungsfähigkeit des Kindes, so daß es deshalb belastende Auseinandersetzungen gab.

Extreme Härten treten gehäuft mit 5 Nennungen bei den 11 Psychosen auf; das sind 45 %, wobei keine ambivalenten Beziehungsformen, d.h. kein Oszillieren zwischen Härte und Verwöhnung erwähnt wurde. Es gab 2 Kindesmißhandlungen von Vätern mit aggressiven Durchbrüchen, 3 weitere Patienten stammten aus unvollständigen Familien mit sich daraus ergebenden extremen Härten.

Beispielhaft steht hier die Zerrüttung einer Familie, in der der Vater - als die Patientin (0608) 6-jährig, die Familie mit 7 Kindern verließ und die Mutter in die Nervenklinik, die 7 Geschwister (einschließlich der Patientin) ins Waisenhaus kamen. Hier wirkten sich große Beziehungsnöte aus. Die Patientin, gelernte Hausangestellte, aus einem kleinen Ort in Schlesien, erkrankte 53-jährig an einer Involutionsdepression mit paranoiden Zügen, wurde im selben Jahr noch berentet. In der Großklinik wies sie bei 6 Aufnahmen eine Verweildauer von insgesamt 7 Jahren auf. 63-jährig wurde sie in die Kleinklinikeinheit verlegt (Diabetes mellitus entdeckt), wo sie ununterbrochen verblieb, ohne sich groß am Stationsleben zu beteiligen. Sie starb nach 9 Jahren, 3 Monaten, 14 Tagen an Nierenversagen (während der Spätkatamnese).

Eine (extreme) Härte traf einen Alkoholerkrankten (Pat. 1505), der zunächst jahrelang Ersatzpartner für die verwitwete Mutter und Haushaltsvorstand eines bäuerlichen Betriebes war und der von dem zurückkehrenden älteren Bruder, 16-jährig, von dieser früh erlangten Position entthront wurde.

Ambivalenz

Ambivalenten Beziehungsformen, d.h. auch keine verläßliche Orientierung innerhalb des familialen Erziehungsstils, war der Patient mit Persönlichkeitsstörungen ausgesetzt, dessen Vater ihn häufig schlug, hingegen die Mutter ihn reichlich mit Taschengeld verwöhnte.

Eine Ambivalenz der Beziehungs- bzw. Erziehungsstile war bei 9 Patienten von 34 (26 %) auch gehäuft in den Familien der Schizophrenen zu finden.

So war ein Patient (1724) ein unerwünschtes, zweites Kind einer Mutter, deren Verhalten durch hektische Betriebsamkeit und Ängstlichkeit charakterisiert war, die die ganze Familie verunsicherte.

Ein anderer schizophrener Patient (1719) war der außerordentlich disharmonischen Ehe der Eltern ausgesetzt, in der die Mutter nervös war und der Vater ständig mit Suizid drohte.

Als letztes Beispiel sei ein bei der Verlegung 26-jähriger Patient (1717), der 20-jährig erkrankte, erwähnt, dessen Mutter illusionäre Erwartungen und utopische Berufsziele förderte, den Patienten aber gleichzeitig wie ein kleines Kind bevormundete. Er lebte mit seiner Halbschwester + 3, seiner Mutter und Großmutter auf engem Raum zusammen, eine männliche Identifikationsperson fehlte. Eine Privatheit war für den Patienten in diesem Frauenhaushalt nicht gegeben, so daß es immer wieder zu Grenzüberschreitungen der Mutter kam, die ihn z.B. beim ersten Intimkontakt "ertappte". Auf diesem Hintergrund wird der psychogene Ausnahmezustand (paranoid-halluzinatorischer Erregungszustand und Suizidalität) der zur ersten Einweisung führte, verstehbar. 1 Jahr vor Krankheitsmanifestation hörte der Patient Stimmen, hatte Halluzinationen, zum anderen bestand ein Leistungsknick wegen Kontakt- und Verständigungsschwierigkeiten. Zur Spätkatamnese befand er sich erneut in der Großklinik, wurde allerdings von seiner Mutter, die schizoide Züge aufwies, täglich zu Hause erwartet ("mein Sohn, ein schöner Mann").

4.3 Stellung in der Geschwisterreihe

Geschwisterpositionen spielen im eigenen Erleben und in der Familiendynamik häufig eine bedeutsame Rolle.

Das 1. Kind als Kronprinz ist einmal Gegenstand hoher elterlicher Erwartung, zum anderen kommt ihm diese Position nur teilweise zugute, sobald jüngere Geschwister auftauchen und es dieser Stellung berauben (TÖLLE 1982, 60).

Verschiedene Untersuchungen (MESTER 1980, 280) zeigen, daß es bei den Müttern Erstgeborener häufiger als bei weiteren Schwangerschaften zu akuten Psychosen kommt. Das Erstgeborene mag so unbewußten Funktionen der Mütter dienen, die bei den weiteren Kindern nicht mehr gegeben sind. Da diese Psychosen bei Zweitgebärenden relativ selten auftreten, kommt noch eine weitere Erklärung in Betracht, einmal, daß das 1. Kind häufiger unerwünscht sein dürfte (60 % der Ehen werden aufgrund von Schwangerschaften geschlossen) im Vergleich zu späteren, zum anderen, daß die ursprünglichen Unsicherheiten und Ängstlichkeiten im Zusammen-

hang mit der ersten Elternschaft einer größeren Selbstverständlichkeit weichen.

Auch erwünschte Einzelkinder (MESTER 1980, 281) lösen nach ihrer Ankunft häufig Enttäuschung aus, weil sie den elterlichen Vorstellungen nicht entsprechen; die Eltern in ihrem Freiraum beschränken; vor allem aber spürt die Mutter, wie eine bedingungslose Liebe in Form der Hintanstellung eigener regressiver Bedürfnisse eine psycho-sexuelle und emotionale Reife voraussetzt, die ihr häufig selbst noch mangelt und dadurch ihre verfügbaren psychischen Kräfte überfordert. Diese Mütter mögen dann die Beziehung zu ihrem ersten Kind schuldhaft erleben und kompensatorisch im Wunsch nach einem Nachfolgekind verarbeiten (TÖLLE 1982, 61).

Die Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe war in der Vergangenheit insbesondere im Rahmen von Schizophrenieforschung häufig Untersuchungsgegenstand. Aus einer vielzitierten Untersuchung von PRICE und HARE (1969, 633) soll nun folgende These entnommen werden, die auch für andere psychische Störungen Aussagen machen kann:

Die Stellung des schizophrenen Kindes in der Geschwisterreihe entspricht der zufälligen Erwartung.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Erstgeborener	Einzelkind	Mittelstellung b. 3 Kindern	Mittelstellung b. mehr als 3 Kind.	Jüngster o. Nachkömmling	Große Geschwisterschar (5-15)	Stellg. i.d. Geschwisterreihe nicht erhebbar
2	präsenile oder senile Demenz				1 (50 %)			1 (50 %)
6	andere organisch psychiatr. Erkrankg.	3 (50 %)	1 (17 %)	1 (17 %)		1 (17 %)	1 (17 %)	
1	Persönlichkeitsstörung	1 (100 %)						
13	Oligophrenien	2 (15 %)	4 (31 %)		1 (8 %)	4 (31 %)		2 (15 %)
12	Alkoholismus		2 (17 %)		7 (58 %)	1 (8 %)	4 (33 %)	2 (17 %)
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depression; schizo-affektive Psychosen	1 (9 %)			5 (45 %)	5 (45 %)	5 (45 %)	
34	Schizophrenien	7 (21 %)	7 (21 %)		6 (18 %)	13 (38 %)	9 (26 %)	1 (3 %)
1	nicht klassifizierbar					1 (100 %)		
80	insgesamt	14	14	1	20	25	19	6
	%	18 %	18 %	1 %	25 %	31 %	24 %	8 %

Tabelle 13 Stellung in der Geschwisterreihe in Absolut- und Prozentzahlen (Die Altersunterschiede konnten nicht eruiert werden).

In der Gruppe der 80 chronisch psychiatrisch Erkrankten gibt es insgesamt 14 Erstgeborene (18 %) und 14 Einzelkinder (18 %), also 28 (35 %) von 80, die sich in der ersten exponierten Stellung der Geschwisterreihe befinden bzw. wo eine primi parae bestand. Jeweils 7 (d.h. insgesamt 14 aus 34 = 42 %) schizophrene Patienten haben diese exponierte Position inne und sind somit den Ambivalenzen der Elternschaft eines ersten Kindes (primi parae) ausgesetzt.

Ebenso wie Erstgeborene und Einzelkinder sich in pathogenen Familienpositionen befinden können, bekommen Jüngste oder Nachkömmlinge häufig die meisten Delegationen, d.h. Zuweisungen und unbewußte Aufträge elterlicher, pathogener Wunschvorstellungen ab, da sie größtenteils als letztes der Kinder in der Familie verbleiben, nachdem die älteren Geschwister als mögliche Regulatoren und Orientierung das Elternhaus schon längst verlassen haben.

So finden sich als Jüngste oder Nachkömmlinge allein 25 von 80 (31 %) Patienten aus allen Diagnosegruppen, wobei die schizophrenen Patienten mit 13 aus 34 (38 %) überhäufig vertreten sind. Zieht man nun noch die 5 Jüngsten oder Nachkömmlinge von 11 Psychotikern hinzu, so handelt es sich um 18 (40 %) von insgesamt 45 Patienten dieser beiden Diagnosegruppen, die sich in der exponierten Stellung des letzten Kindes befinden, das sich für elterliche Delegationen notgedrungen verfügbar hält.

Die o.g. These kann bei dieser Patientengruppe nicht bestätigt werden, da sich die schizophrenen Patienten allein mit 27 von 34 überhäufig (79 %) in den beiden Exponenten einer Geschwisterreihe befinden (hier werden die Einzelkinder mit Erstgeborenen gleichgesetzt, denn jedes Erstgeborene ist zunächst einmal Einzelkind).

Das mittlere Kind steht "im Kampf gegen ältere und jüngere Geschwister gleichzeitig" (DÜHRSSEN 1972, 362 und DÜHRSSEN 1972 b. TÖLLE 1982, 59). Dem Älteren gegenüber erlebt es sich in bezug auf Leistung konkurrierend, dem Jüngeren soll es mit Vernunft und Verzicht gegenübertreten, wodurch es oft überfordert ist (DÜHRSSEN 1963, 213), so daß eine Tendenz eher zum Entwicklungsrückschritt besteht oder zur Angleichung

an das jüngere Kind, was in jedem Fall konflikthaft erlebt wird. Das mittlere Kind - es sei denn, es handelt sich um ein besonders begabtes Kind, was sich dadurch hervortun kann - erhält insgesamt zu wenig Beachtung und elterliche Hinwendung und erlebt sich so häufig als "zu kurz gekommen".

Eine Mittelstellung bei mehr als drei Kindern haben einmal 5 Psychotiker von 11 (45 %) und 6 Schizophrene von 34 (18 %). Ins Auge springend sind vor allem die 7 von 12 (58 %) Alkoholerkrankten, die offenbar den Kampf mit den älteren und den jüngeren Geschwistern eher aufgaben und eine regressive Latenz im Leben beibehielten in Konfliktsituationen oder statt Verlustverarbeitung auf orale Befriedigungsmöglichkeiten auszuweichen.

Eine große Geschwisterzahl (5 - 15 Kinder) bringt in den meisten Fällen wirtschaftliche Not über die Familie, es sei denn, diese sind in bäuerlichen Landstrichen eingebunden, in denen die Kinder im elterlichen Betrieb früh Dienstleistungsfunktionen übernehmen.[1)]

Auch wenn die Familiengemeinschaft als Ganzes einen selbverständlich höheren Stellenwert besitzt als das einzelne Mitglied, so läßt sich dennoch nicht von der Hand weisen, daß ein "quantité negligeable", also eine zu vernachlässigende Größe zu sein, im Erleben des Einzelnen eine sehr kränkende Wirkung haben muß.

Hier geht es dann häufig um den Kampf des Stärkeren: wer besteht und versteht, sich in dieser Übermacht zu behaupten? Einerseits wird die direkte soziale Kontrolle der primären Bezugspersonen aufgehoben, meist delegiert an die älteren Geschwister, die zu zusätzlichem ohnmächtigen Rivalisieren reizt. Der daraus entstehende Druck wird nach unten an die jüngeren Geschwister weitergegeben. Andererseits werden Identifikationsmöglichkeiten mit dem Elternpaar verdünnt, so daß eine psychosexuelle Orientierung mehr an der "Peer-Gruppe" (RIESMANN et al. 1953, 86 ff.) der Geschwister erfolgt, die ja aber selbst noch auf der Suche nach einer Identität sind.

---

1) Wie wenig wichtig jedoch da das einzelne Kind ist, läßt sich daraus ablesen, daß um die einzige Kuh, die erkrankt oder stirbt, meist mehr geklagt wird, weil ihr Tod lebensbedrohlicher für die Gemeinschaft ist, als wenn ein Kind von vielen stirbt, das sich in jüngeren Jahren nur als "weiterer Esser" profilierte.

Zur Entlastung der immanenten Spannung einer eng verflochtenen Zwei-Generationen-Großfamiliengemeinschaft in meist mißlichen Wohnverhältnissen bedarf es eindeutiger Rollenverteilungen. Wer die "Sündenbockrolle" zugewiesen erhält (sie auch aufgrund bestimmter Merkmale vielleicht schnell inkorporiert), trägt unbewußt die Schuld der Familie und kann sich daraus nur retten, wenn er psychisch krank wird. Als "Symptom"-träger wirkt er dann als Stabilisator der pathogenen Familiensituation.

Aus diesen nun eben beschriebenen familiären Prozessen läßt sich folgende These ableiten: Eine große Geschwisterschar verunsichert den Selbstwert und den Selbstfindungsprozeß einzelner und bietet somit lebenslangen Konfliktstoff.

Bei unserer Gruppe sieht es folgendermaßen aus: Insgesamt 19 (24 %), d.h. knapp ein Viertel der 80 Patienten stammen aus Familien mit großer Geschwisterschar (mit 5 - 15 Kinder), wobei allein 14 (31 %) Familien dieser Größe auf die Patienten mit psychotischen Erkrankungen entfallen (5, d.h. 45 % Psychotiker, 9, d.h. 26 % Schizophrene).

Betrachtet man die 5 Psychotiker aus einer großen Geschwisterschar genauer, so ergeben sich:

3mal eine Mittelstellung mit 6, 7, 8 Kindern insgesamt mit extremen Härten in den Beziehungsformen (s. Kapitel III.4.2., S.194).

2mal eine Position des Jüngsten mit 6 und 7 Kindern insgesamt bei extremen Verwöhnungen als elterliche oder familiale Beziehungsform,

so daß die Härten einer großen Geschwisterschar in der Position des Jüngsten durch Verwöhnung zunächst relativiert werden, wobei diese an späteren Realitäten gemessen in Härten umschlagen können. Hinzu kommen noch häufig die pathogenen elterlichen Delegationen, denen insbesondere auch die jüngsten Kinder ausgesetzt sind.

Beispielhaft mag hier die Lebens- und Krankengeschichte einer dieser beiden an einer Psychose erkrankten Patientin (0605) in der Position des Jüngsten einer Familie mit sechs Geschwistern (in 2-jährigem Abstand) dienen:

Unter den Geschwistern gab es einen Juristen und zwei Musiker. Der Patient - als einziger der Kohorte mit der Diagnose einer Zyklophrenie (mit vorwiegend manischen Phasen) - war der Sohn eines russischen Oberst, hatte die Mittlere Reife und besuchte das Musikkonservatorium in Berlin, gründete eine 7-16-Mann-Band, ging mit ihr auf Tournee und hatte seine letzte Plattenaufnahme ein Jahr vor seiner manifesten Erkrankung (54-jährig). Die subjektive Einschätzung seiner Jugend: "Schön", er sei verwöhnt worden und es sei immer etwas losgewesen. 10 Jahre vor der manifesten Erkrankung (44-jährig) begann er zunehmend mehr zu trinken, machte Schulden, glaubte, Millionär zu sein. Zur Einweisung (54-jährig) kam es aufgrund von Fehlverhalten, als er Grabkreuze zerstörte und die Wohnung mit einem Beil demolierte. Damals verblieb er 4 Jahre, 9 Monate, 6 Tage in einer Berliner Nervenklinik, bis es zu einer Wiederaufnahme in die Großklinik kam, wo er insgesamt 7 Monate, 3 Wochen bei 3 Aufnahmen zubrachte. In der kleineren Klinikeinheit verblieb er 4 Jahre, 10 Monate, 2 Wochen, 2 Tage bis zu seiner Entlassung, die er 67-jährig nur 3 Monate überlebte (Todesursache: Herzversagen).

Inwieweit die Mutter des Patienten durch die kurz aufeinanderfolgenden Geburten der sechs Kinder spätestens bei der letzten Geburt überfordert war, läßt sich nur vermuten. Bei der Erkrankung einer Zyklophrenie müssen allerdings exogene ätiologische Faktoren wie Beziehungsformen in der Familie vorsichtig beurteilt werden. Es kann hier aber dennoch hinterfragt werden, wie das Verwöhntwerden ("weil das eben bei Jüngsten so ist") in einer Familie, in der die Kinder altersmäßig so dicht aufeinander folgen, aussehen mag. Auch wenn man hier im rein Spekulativen bleiben mag, läßt sich vermuten, daß sich die Mutter aufgrund ihrer Überforderung prä- und postnatal nur bedingt gefühlsmäßig auf das letzte Kind einzulassen vermochte, was sie dann schuldbewußt veranlaßt haben mag, dem Kind eine vordergründige Verwöhnung zuteil werden zu lassen.

Bei den 9 (26 %) von 34 Schizophrenen aus einer kinderreichen Familie befanden sich:

6 Patienten in einer Mittelstellung (4mal aus Familien mit 6 Kindern, 2mal aus Familien mit 7 Kindern; hier waren 2mal Härten in den Beziehungsformen erwähnt, 2mal waren die Beziehungsformen nicht erhoben.

2 Patienten als jüngste (von 7 und 11 Kindern in der Familie).
1 Erstgeborener (von 9 Kindern in der Familie).

Bei 5 Patienten aus dieser Gruppe von 9 waren keine Ambivalenzen oder andere extreme Beziehungsformen innerhalb der Familie in den Krankengeschichten erwähnt.

Obwohl man aus der Genese nicht die schweren Beeinträchtigungen von Wahrnehmungs- und Beziehungsstörungen psychotischer Erkrankungen entnehmen kann, läßt sich bei 8 der 9 an Schizophrenie Erkrankten (89 %), die aus kinderreichen Familien (von 34 insgesamt 24 %) stammen, und zwar in der Mittelstellung (6 Patienten) und in der Stellung als jüngstes Kind (2 Patienten) vermuten, daß sie in den ersten Lebensmonaten, z.B. im Zusammensein mit den lebhaften älteren Geschwistern u.a. einer pathogenen Reizüberflutung ausgesetzt waren. Meist mit allen anderen Kindern auf engem Raum zusammengedrängt, erhielten sie als Kleinkinder nicht das Maß an Ruhe, daß für ihre psycho-physische Entwicklung in diesem Stadium (des intentionalen Antriebes im Sinne von Schultz-Hencke) zuträglich gewesen wäre. Auch die Alkoholerkrankten stammen zu einem Drittel mit 4 (33 %) von 12 Patienten aus kinderreichen Familien. Bezieht man in die Betrachtung noch die 7 (58 %) von 12 Alkoholerkrankten, die sich in einer Mittelstellung befinden (2mal 5, einmal 6 und einmal 15 Kinder), ein, so läßt sich vorsichtig formulieren, daß zu deren frühgesetzten oralen Störungen in der Folgezeit noch weitere erschwerende Tatbestände, bezogen auf die Selbstwertproblematik, hinzukamen. Ohne eine "hervorragende" Position am Anfang oder am Ende einer Geschwisterreihe innezuhaben, also im Kinderreigen unterzugehen und unbedeutend zu sein im "Hin-blick" auf die Eltern, muß als eine schwere narzißtische Kränkung erlebt werden, die u.a. dann die Weichen für spätere ungekonnte Konfliktverarbeitungsversuche stellten.

5.0 Eigengenese nach Diagnosen

Die Eigengenese beschreibt zunächst die Persönlichkeitsentwicklung als einen Reife- und Sozialisationsprozeß eines sich ausdifferenzierenden autochthonen Wesens in der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Das affektive Klima des zwischenmenschlichen Geschehens dieser Zeit der ersten Differenzierungs- und Entfaltungsprozesse ist bedeutsam für die weitere Ausreifung psychischer Funktionen bis hin ins Erwachsenenalter.

Die emotionale Entwicklung des Kleinkindes ist weitgehend abhängig von sozialen Einflüssen, die nur im Zusammenspiel von vielfachen Handlungen seines unmittelbaren Bezugsfeldes verstehbar werden. Das "Urvertrauen" wie ERIKSON (1973) es nannte, kann in einer Atmosphäre, in der die Kinder sich frustriert, abgelehnt, schlecht versorgt und vernachlässigt fühlen, in ein "Urmißtrauen" umschlagen, das sie gegenüber irritierenden Ereignissen wenig stabil werden läßt und auch die körperliche Abwehrlage reduziert, so daß sie anfälliger für körperliche Krankheiten werden.

Störungen des Urvertrauens haben psychodynamisch eine Reihe von pathogenen Folgeerscheinungen, die meist von einer früh gestörten Mutter-Kind-Beziehung herrühren. Hospitalismuserscheinungen, Depressionen, Kontaktverlust, Verlassenheitssyndrome, Nahrungsverweigerung, allgemein einer gestörten intentionalen Hinwendung zur Welt[1)], können aus mangelnder oder der kindlichen Entwicklung nicht angemessen Hinwendung resultieren (SPIEL 1980, 74). Diese frühen Erfahrungen gestörter Geborgenheits- und Sicherheitsgefühle und der Umgang mit ihnen bilden das Raster für sehr differenzierte und komplexe Verhaltens- und Handlungsschablonen, die die Anpassung oder Nichtanpassung, Beherrschung oder Nichtbeherrschung des emotionalen Beziehungsgeflechts im innerfamiliären und außerfamiliären Raum mitbestimmen.

Die Entwicklung geschlechtsspezifischer Verhaltensweisen beginnt in frühen Jahren der kindlichen Sozialisation. Obwohl auch eine starke

---

1) Intentionalität meint i.S von Schultz-Hencke einen positivausgerichteten Bezug zur dinglichen und menschlichen Umwelt.

imitative Übernahme von Wertvorstellungen aus der jeweiligen Peergroup stammen, stellen die Eltern - auch als Träger gesellschaftlicher Rollen - weiterhin das wichtigste Modell der jeweiligen Geschlechtsrollenidentität dar. Fallen diese Lernmöglichkeiten durch eine unvollkommene Familienkonstellation infolge Trennung, Tod oder Scheidung aus, so kann das ungünstige Einflüsse auf die Entwicklung des Kindes, des Jugendlichen, nehmen und die Partnersuche und die Beziehungsfähigkeit des Erwachsenen verunsichern. Ebensowenig eignet sich meist eine Erziehung in Waisenhäusern oder durch wechselnde Bezugspersonen zur Entwicklung einer Ich-Stabilität und eindeutigen Selbstidentität, die die Bewältigung von allgemin menschlichen Reifungskrisen - ohne pathogene Ausformungen anzunehmen - ermöglicht.

Die ersten Störungen werden häufig erst bei Schuleintritt und in den ersten Schuljahren erkannt, in einem Zeitraum nämlich, in dem an das Kind vielfältige neue Anforderungen herangetragen werden und es sich mit einer nicht-familiären vertrauten Umgebung auseinandersetzen muß. Wenn z.B. eine rigide Familienstruktur mit stark reglementierenden Erziehungsstilen die Aktivitätsentwicklung des Kindes eingeengt hat, so kann in dieser Zeit auch zur Abwehr von Ablösungsängsten dieses Bedürfnis nach ausgelebter Motorik in eine Hypermotilität umschlagen, die schulisch negativ auffällt und die früh eine spätere Verwahrlosungsentwicklung anzeigen kann. Schulängste und Leistungsstörungen sind häufig Ausdruck der mißglückten ersten Ablösung aus dem Elternhaus und der Unfähigkeit mit "außerfamilialen Menschen in Beziehung zu treten" (SCHARFETTER 1980, 316).

Natürlich sind diese ersten Auffälligkeiten wie eben auch die Störungen der weiteren schulischen und beruflichen Entwicklung u.a. auch abhängig von der verfügbaren Intelligenz und ihrer frühen Förderung, vom sozio-ökonomischen elterlichen Status sowie von der verinnerlichten Leistungsorientiertheit der Eltern und der sozialen Schicht, aus der diese kommen, die wiederum eine nicht- oder zukunftsorientierte Weltsicht mitbestimmt.

Die berufsbezogene Schichtzugehörigkeit der Eltern ist in den meisten Fällen das Maß, an dem gemessen wird, obwohl seit den 50-er Jahren

generell ein Trend der Aufwärtsbewegung in Richtung nächsthöherer Sozialschicht festzustellen ist. Für diese Gruppe der 80 chronisch-psychiatrisch Erkrankten konnte allerdings - da größtenteils in den Krankengeschichten Angaben fehlten - der elterliche sozio-ökonomische Ausgangspunkt für eine Auf- oder Abwärtsbewegung innerhalb der Schichtenzugehörigkeit nicht benutzt weden. Die individuelle berufliche Entwicklung, die höchste, prämorbid erreichte soziale Schicht und die Länge des beruflichen Tätigseins machen Aussagen über die prämorbide soziale Bewährung und dem als Folge erster psychiatrisch relevanter Störungen und Behinderungen einsetzenden sozialen Abstieg. Zur sozialen Bewährung gehört aber auch eine gelungene Partnersuche und die Fähigkeit, diese in eine tragfähige Beziehung, zumindest über einen gewissen Zeitraum, auszugestalten. Diese Entwicklungs- und Reifungsschritte sollen in den folgenden Kapitel beschrieben werden.

5.1 Frühkindliche Entwicklungsbedingungen und Primordialsymptomatik

Die Fähigkeit des Kindes, Beziehungen zu seiner Umwelt aufzunehmen und einen stabilen Realitätsbezug aufzubauen, kann einmal durch Komplikationen in der frühkindlichen Entwicklung des Zentralnervensystems, die zu einer Störung der kognitiven Entwicklung in Form von Teilleistungsstörungen führen können, schon früh (prä-, peri- und postnatal) beeinträchtigt werden. So fanden KEPPLER et al. (1979, 719 ff.) in frühkindlichen Anamnesen von Schizophrenen eine Häufung von Hinweisen auf summativ wirksame Komplikationen dieser Entwicklungsphase des ZNS, die deren schon vorhandene dispositionelle Verletzlichkeit noch verstärken. Typisch hirnorganische Teilleistungsstörungen bei Kindern mit kaum merklichem Entwicklungsrückstand zeigen nämlich auffällige Analogien zu den Störungen erwachsener Schizophrener bezüglich deren Aufmerksamkeitsgestaltung und der Unfähigkeit, relevante von irrelevanten Reizangeboten zu unterscheiden (HARTWICH 1980). Zu der im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung festgestellten abnorm niedrigen Erregungsschwelle Schizophrener (SPOHN u. PATTERSON 1979, 581 ff.) werden diese - wahrscheinlich aufgrund einer Filterstörung im limbischen System - mit unwichtigen Informationen überflutet, was vermehrt Angst, Spannung und Verwirrung auslöst (CIOMPI 1981, 506 ff.).

Hinzu kommen psychosoziale Einflüsse, die auch die frühkindlichen Entwicklungsbedingungen der anderen chronisch psychiatrisch Erkrankten zumindest teilweise ausmachten: frühkindliche Traumen (Streit, Trennung oder Tod der Eltern), extreme Beziehungsformen in der Familie, verwirrende familiale Kommunikationsstile und andere Störfaktoren der sich entwickelnden Umweltbeziehungen (Coping-Mechanismen - Realitätsbezug), die in der Summation Voraussetzung für die oben beschriebenen mißglückten Reifungskrisen sind, die bei weiteren Belastungen zu Verhaltensauffälligkeiten im Erziehungs-, Kontakt- und Leistungsbereich später zu psychischen Störungen und/oder zu psychiatrisch relevanten Erkrankungen führen können.

Eine sich aus diesen Erkenntnissen ableitende These soll folgendermaßen lauten:

Gestörte frühkindliche Entwicklungsbedingungen führen zu Reifungsverzögerung oder zu Störungen der Beziehungsfähigkeit, die sich zunächst im Erziehungs-, Kontakt- und Leistungsbereich symptomatisch entäußern (KEPPLER et al, 723).

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	unerwünschtes Kind	Risikogeburt	Kinderkrankh. kompliz. Operationen;Unfälle	unehelche Geb. mit ungünstigen Folg. f.d.kindl. Entwicklung	Erz. i. Waisenhäusern, Heimen o. durch wechs. Pflegeeltern	schwere Trunksucht eines Elternteils	Trennung o. Tod d. Eltern	and. belastende Familienverhältn.: wirtschaftl. Not; Nervenleiden d. Eltern; Streit; Suiziddrohungen	Insgesamte Anzahl d. Komplikation. u. Belastungen	Primordialsymptomatik Auffälligkeiten i. Erziehungs, Kontakt-, u. Leistungsbereich	nicht zu erheben, da informator. Gespräch unmögl
2	präsenile oder senile Demenz			1 (50 %)	-					1		1 (50 %)
8	andere organisch psychiatr. Erkrankg.			1 (16 %)				3 (50 %)		4		2 (33 %)
1	Persönlichkeitsstörung										1 (100 %)	
13	Oligophrenien	1 (8 %)	4 (31 %)	2 (15 %)	1 (8 %)	3 (23 %)	1 (8 %)	2 (15 %)	3 (23 %)	17 ⟷ 12 (92 %)		
12	Alkoholismus			1 (8 %)		1 (8 %)		4 (33 %)	1 (8 %)	7		1 (8 %)
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depression; schizo-affektive Psychosen			2 (18 %)	1 (9 %)	1 (9 %)	1 (9 %)	3 (27 %)	3 (27 %)	11 ⟷ 4 (36 %)		
34	Schizophrenien	2 (8 %)	1 (3 %)	4 (12 %)	3 (9 %)	4 (12 %)	2 (6 %)	9 (26 %)	11 (32 %)	36 ⟷ 18 (53 %)		
1	nicht klassifizierbar											
80	Insgesamt	3	5	11	5	9	4	21	18	76 ⟷ 35		4
	%	4 %	6 %	14 %	6 %	11 %	5 %	26 %	22 %		62 %	5 %

Tabelle 14 Frühkindliche Entwicklungsbedingungen und Primordialsymptomatik in Absolut- und Prozentzahlen

Man kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, daß in der Krankengeschichte nur ein Teil der gestörten frühkindlichen Entwicklungsbedingungen erfaßt ist. Sei es, daß die Erinnerungen mangelhaft oder verfälscht waren infolge lang zurückliegender Ereignisse und ihrer subjektiven Einschätzung, sei es, daß die Familie, die dazu hätte ergänzend befragt werden müssen, nicht vorhanden war. Zu vermuten ist daher, daß sich die Anzahl der Nennungen eher an der untersten Marge der tatsächlichen Vorkommnisse bewegen.

Bei der vorliegenden Gruppe sah das wie folgt aus:

In den Krankengeschichten der 80 chronisch psychiatrischen Patienten tauchten 3 (4 %) unerwünschte Kinder, 5 (6 %) Risikogeburten auf, von denen erwartungsgemäß allein schon 4 (31 %) auf die Oligophrenen kamen, was für genetische oder dispositionelle Verursachung spricht. Schwerwiegende Kinderkrankheiten (z.B. im 5. Lebensmonat überstandene hochfebrile Keuchhustenencephalitis mit folgenden großen epileptischen Krampfanfällen bei einem Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand), Operationen in der frühen Kindheit, Unfälle wurden bei 11 (14 %) Patienten erwähnt, wobei allein 4 (12 %) der 34 Schizophrenen dazu gehörten. 5 (6 %) der Patienten waren unehelich geboren, was mit ungünstigen Folgen für die kindliche Entwicklung einherging. 9 (11 %) der Patienten wurden in Waisenhäusern, Heimen oder durch wechselnde Pflegeeltern erzogen. 3 (23 %) der 13 Oligophrenen und 4 (12 %) der 34 Schizophrenen erlitten dieses Schicksal. Eine schwere Trunksucht eines Elternteils bestand bei 4 (5 %) der Patienten. Auffällig war hier, daß nur ein Elternteil der Alkoholerkrankten dazu gehörte. Trennung oder Tod der Eltern erlitten 21 (26 %) der Patienten, d.h. mehr als ein Viertel wuchs in einer unvollständigen Familie auf. So waren 3 (50 %) der 6 mit der Diagnose "andere organisch-psychiatrische Erkrankungen" Kinder aus unvollständigen Familienkonstellationen, ebenso 3 (27 %) der 11 Psychosen. 4 (33 %) unvollständige Familien gab es bei den 12 Alkoholerkrankten, 2 (15 %) bei den 13 Oligophrenen, 9 (26 %) bei den 34 Schizophrenen. Bei 6 der 9 (67 %) schizophrenen Patienten (4 männliche, 2 weibliche) aus unvollständigen Familien war ein Elternteil vor dem 10. Lebensjahr gestorben; bei 1 weiteren Patient der Vater, als der Patient 12-jährig, die Mutter, als er 13-jährig war (Beginn der Pubertät).

Feststellbar ist so eine Häufung von ungünstigen Bedingungen für eine störfreie kindliche Entwicklung, die durch eine belastete häusliche Atmosphäre (Streit, Suiziddrohung) oder andere belastende Familienverhältnisse (wirtschaftliche Not, Nervenleiden der Eltern) in 18 (22 %) der Fälle noch verstärkt wurde. Nennungen gab es zu diesem Punkt bei 3 (24 %) der Psychotiker, bei 1 (8 %) der 12 Alkoholerkrankten, bei 3 (23 %) der Oligophrenen und bei 11 (32 %) der Schizophrenen.

Primordialsymptomatik

Summativ ergab sich aus diesen gestörten frühkindlichen Bedingungen in 35 (62 %) der Fälle eine Primordialsymptomatik in Form von Auffälligkeiten im Erziehungs-, Kontakt- und Leistungsbereich, wobei dieser Hintergrund für 4 (5 %) der Patienten - da ein informatorisches Gespräch nicht möglich war- nicht eruiert werden konnte.

Beispiele von Primordialsymptomen im Erziehungsbereich waren: Verzögerte Entwicklung im Laufen und Sprechen; in der Reinlichkeit; Bettnässer; Ängstlichkeit; ungesteuerte Aggressivität.

Im Kontaktbereich: spielt allein; eigenbrötlerisch; kein Kontakt zu Gleichaltrigen; auffällige Anhänglichkeit an vertraute Personen; zieht sich auch von Familie zurück.

Im Leistungsbereich: verspätete Einschulung; schlechte Schulleistungen; ein- bis mehrmaliges Sitzenbleiben; Abgang ohne Abschluß (wenn nicht begründbar infolge Kriegswirren); Schulangst.

Naturgemäß zeigen alle 13 (100 %) Oligophrenen Primordialsymptome, aber auch die 4 aus 11 (36 %) Psychotiker und insbesondere die 18 aus 34 (53 %) Schizophrenen sind überrepräsentiert. Nimmt man nun die 13 Patienten mit der Erstdiagnose "geistiger Entwicklungsrückstand" und deren grobe Auffälligkeiten heraus und ebenso die 4 (aus 80) Patienten, bei denen kein informatorisches Gespräch möglich war, so verbleiben immer noch 23 aus 63, d.h. 37 % der chronisch psychiatrisch Erkrankten (außer den Oligophrenen), die frühe Auffälligkeiten im Erziehungs-, Leistungs- und Kontaktbereich zeigen.

Bezogen auf die Primordialsymptomatik insgesamt ergibt sich eine mehr als zweifache Nennung insgesamter Komplikationen und Belastungen (Tabelle 14). Eine weitere Ausdifferenzierung zur Erfassung der Bereiche, in denen die ersten Störungen auffielen, ermöglicht die nachfolgende Tabelle.

Diagnosen	Erziehungsbereich	Kontaktbereich	Leistungsbereich
18 Schizophrene	5	7	14
4 Psychotiker	1	-	4
13 Oligophrene	8	-	12
1 Persönlichkeits- störung	1	-	1
36 Gesamt	15	7	31
%	42 %	19 %	86 %

Tabelle 15 Auffälligkeiten im Erziehungs-, Kontakt- und Leistungsbereich nach Diagnosen in Absolutzahlen (mehrere Nennungen sind möglich)

Es ergeben sich 15 Nennungen bei 36 Patienten im Erziehungsbereich, 7 (nur Schizophrene) im Kontaktbereich und 31 Nennungen im Leistungsbereich, wobei neben den 12 Oligophrenen auch 2 Psychotiker und 2 Schizophrene in der Nebendiagnose eine bestehende Minderbegabung vorwiesen. Inwieweit die Schwierigkeiten im Leistungsbereich insbesondere die der 14 von 18 (78 %) Schizophrenen mit dem oben beschriebenen häufigen Auftreten von frühkindlichen Teilleistungsstörungen ursächlich zu verknüpfen sind, ließ sich - weil die frühkindlichen Anamnesen nicht vorlagen - nur vermuten, jedoch nicht überprüfen.

Gerade bei den Schizophrenen ließen sich gehäuft Bedingungen nachweisen, die die Kinder darin verunsichert haben mögen, ein ausgewogenes, stabiles Verhältnis zu sich selbst und zu ihrer Umwelt aufzubauen und im kognitiven Bereich eine realitätsbezogene Sicherheit zu entwickeln. Hier seien die 7 Patienten (aus 18), d.h. 39 % der Patienten mit Primoridalsymptomatik, die im Kontaktbereich gestört waren, erwähnt. Dieses Ergebnis bestätigt eine anamnestische Überprüfung frühkindlicher Bedingungen bei schizophrenen Patienten im Erwachsenenalter (KEPPLER et al. 1979) mit ähnlicher Verteilung.

Eine zusammenfassende Betrachtung der kindlichen Entwicklung ergibt für diese Patientenkohorte kumulativ bekannte und zu erwartende belastende Rahmenbedingungen, die u.a. Voraussetzungen für Reifungsverzögerungen und Beziehungsstörungen geschaffen haben.

Angst macht dumm

5.2 Soziales Merkmal: Ausbildung und Beruf

Das heranwachsende Kind erwirbt zunehmende Fähigkeiten, sein Verhalten zu steuern, d.h. es lernt auf unmittelbare Befriedigung zugunsten späterer Befriedigung zu verzichten, statt unmittelbarer Belohnung eine spätere Gratifikation in der Verfolgung eines Zieles abzuwarten. Die sich daraus ergebende Frustrationstoleranz ist eine wichtige Voraussetzung zum Leisten und Lernen und wirkt sich auf den Einsatz von Arbeit und Energie im schulischen und beruflichen Werdegang aus.

Die schulischen Anforderungen im Leisten (Hergeben von angeeignetem Wissen) und die Bewertungs- und Bestrafungsstruktur, die konkurrierenden Beziehungsformen unter Gleichen, das Macht- und Kompetenzgefälle von Lehrern zu Schülern enthält potentielle Konflikte mit den Wünschen und Bedürfnissen der Heranwachsenden, vor allen Dingen denen des gefühlshaften Angenommenwerdens durch andere. Außer an den oben beschriebenen sozialen Einflüssen und den Bedingungen des familiären Milieus können Kinder an den "hohen Anforderungen, die von hierher an die intellektuelle Leistungsfähigkeit, an Disziplinierung und Konzentration, an Einordnung und streng formalisierte Interaktionsmuster und Unterordnung an die Sanktionsgewalt des Lehrers gestellt werden" (HURRELMANN 1971, 117) scheitern.

Die institutionellen Bedingungen und die Unterrichtsstruktur der Schule, ebenso wie eine gestörte familiale Ausgangssituation können sich ungünstig auf die motivationalen Lernprozesse des Heranwachsenden auswirken (KNÖRZER 1980, 749 ff.). Hinzu kommt die Verunsicherung durch die psychosexuelle Ausreifung, die Infragestellung überkommener Beziehungen und Werte, das Streben nach Selbständigkeit oder Anderssein, die Orientierung an neuen Leitbildern, die im Rahmen der Identitätssuche während der Schul- und Ausbildungszeit eine weitere Labilisie-

rung verursacht, die kumulativ zu einem passiven Sich-Zurückziehen auch von schulischem Leisten und Lernen führen kann.

Die so gewonnene Einstellung zum Lernen und Leisten in einer leistungsbetonten Gesellschaft, deren Beziehungsformen sich im wesentlichen durch das menschliche Tätigsein vermitteln, hat auch entsprechende Auswirkungen auf die spätere Haltung zur Arbeitswelt. Konfliktquellen in diesem Feld sind Fragen der Selbstbehauptung oder Anpassung bei der Zusammenarbeit mit dem anderen Geschlecht, Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten und Untergebenen, der Konkurrenzkampf und der Futterneid und dergleichen, die frühkindliche Schwierigkeiten erneut aktualisieren. Dieser alte/neu mobilisierte Konfliktstoff kann im häufigen Stellenwechsel und dem regressiven Aufhalten im Arbeitslosenstatus oder einer frühen Berentung (i.S. einer erneuten Versorgung) seinen Niederschlag finden und kommt einem sekundären Ausweichmanöver vor einem notwendigen Reifungsschritt gleich. Der Leistungsknick oder die frühe Invalidisierung ist sein pathologisches Substrat.

Unberücksichtigt ist bei derartigen Überlegungen die Tatsache, daß häufiger Stellenwechsel, Arbeitslosenzeiten nicht nur mit frühen motivationalen Störungen oder regressiven Tendenzen der Betroffenen, sondern ebenso mit der wirtschaftlichen Lage und, in vielen Fällen dieser Patientenkohorte, mit den Kriegs- und Nachkriegswirren zu tun haben. Dabei bleibt dennoch die Frage unbeantwortet, weshalb gerade dieser und nicht ein anderer (Patient) der wirtschaftlichen Rezession zum Opfer fällt.

Eine diese Frage berührende <u>These</u> lautet folgendermaßen:

Aufgrund von prämorbiden Persönlichkeitsstrukturen und einem frühen Erkrankungsalter haben chronisch-psychiatrische Patienten ein vergleichsweise niedriges Bildungsniveau und führen prämorbid ein unsteteres Berufsleben, das zu frühen Berentungen führt, als der Durchschnitt der Normalbevölkerung.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Schulabschluß			Lehre abgeschl.	ungelernt	Arbeit aufgenommen	häufiger Stellenwechsel, Arbeitslosz., Berentungen	Leistgsknick o. frühe Invalidisierung	nicht erfaßt	bei Frauen: Hausangestellte
		davon Mittl. Reife		davon Abitur							
2	präsenile oder senile Demenz		2 (100 %)		2 (100 %)		2 (100 %)	1 (50 %)			1
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.		5 (83 %)		3 (50 %)	1 (17 %)	5 (83 %)	3 (60 %)	4 (67 %)	1	
1	Persönlichkeitsstörung		1 (100 %)			1 (100 %)	1 (100 %)	1 (100 %)			
13	Oligophrenie		1 (8 %)		1 (8 %)	12 (92 %)	8 (92 %)	2 (33 %)			
12	Alkoholismus	2 (17 %)	12 (100 %)		10 (83 %)	1 (8 %)	12 (100 %)	5 (42 %)	2 (17 %)		
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.		8 (73 %)		5 (45 %)	2 (18 %)	11 (100 %)	5 (45 %)	4 (36 %)		3 (aus 4)
34	Schizophrenien	3 (12 %)	24 (71 %)	3 (12 %)	16 (47 %)	9 (26 %)	30 (88 %)	14 (46 %)	12 (35 %)	1	5 (aus 10)
1	nicht klassifizierbar		1 (100 %)				1 (100 %)				
80	Insgesamt		54		37	26	70	31	23	2	9
	%		68 %		46 %	33 %	88 %	46 %	29 %	3 %	

Tabelle 16 Analyse bezogen auf Ausbildung und Beruf in Absolut- u. Prozentzahlen

Die Überprüfung dieser Annahme erbrachte folgende Ergebnisse: 54 (68 %) der 80 Patienten haben einen Schulabschluß erlangt, 37 (46 %) eine Lehre absolviert, 26 (33 %) Patienten blieben ungelernt. Die jährlich neu untersuchten 1000 erwachsenen Patienten des Berliner AOK-Institutes für psychogene Erkrankungen zeigen - bezogen auf die Sozialdaten der Schul- und Lehrabschlüsse- vergleichbare Daten: 30 % der Patienten sind ungelernt, 50 % haben eine Lehre abgeschlossen. Im Vergleich zu den 20 % der Studenten und Hochschulabsolventen des AOK-Institutes (RUDOLF 1973, 131) hatten jedoch in dieser Patientenkohorte nur 3 Patienten das Abitur und 1 Patient einen Studienabschluß (insgesamt 4 %).

Außer den Oligophrenen, von denen nur 1 (8 %) Patient einen Schul- und Lehrabschluß erreichte, wiesen die Psychotiker mit 8 aus 11 (73 %) und die Schizophrenen mit 24 aus 34 (71 %) die geringste Anzahl von Schulabschlüssen auf. Hier kann Überforderung i.S. des "over inclusive thinking" in dem verschiedene Stimuli entsprechend ihrer Wertigkeit nicht sortiert und Denkstrukturen untergeordnet werden können aufgrund von früh erworbenen Teilleistungsstörungen vermutet werden.

Zieht man hier noch die Tabelle 15: Auffälligkeiten im Leistungsbereich vergleichend hinzu, so zeigt sich, daß von den 34 Schizophrenen immer-

hin 4 der 14 Patienten (29 %) mit Primordialsymptomen im Leistungsbereich dennoch einen Schulabschluß schafften, desgleichen 1 Patient der 4 Psychotiker (25 %) mit frühen Auffälligkeiten in diesem Bereich.

Von den 24 Schizophrenen mit Schulabschluß hatten 3 männliche Patienten (12 %) einen Abschluß der Mittleren Reife, weitere 3 männliche Patienten (12 %) ein Abitur absolviert.

3 männliche Schizophrene mit Abitur

Ein bei der Verlegung 45-jähriger Patient (1723) hatte nach dem Abitur zunächst mit einem Theologiestudium begonnen, um es nach 4 Semestern (Vorprüfung?) aufgrund von "Gewissenskonflikten" für ein Studium der Kunstgeschichte einzutauschen, das er infolge "mangelnder Finanzen" auch bald aufgab. 40-jährig wurde er von seiner Frau verlassen und erkrankte im gleichen Jahr. Im Verlaufe verbargen sich hinter der Vorstellung, geniale Fähigkeiten zu besitzen und deshalb eine Sonderbehandlung zu verdienen, Versorgungswünsche und Bequemlichkeit. In der Großklinik befand sich der Patient 1 Jahr, 9 Monate, 2 Wochen, 5 Tage bei zwei Aufnahmen, in der Kleinklinikeinheit ununterbrochen 8 Jahre, 10 Monate, 2 Wochen, 45 Tage bis zur Eröffnung eines Übergangswohnheims auf dem weiteren Klinikgelände, in das er entlassen werden konnte.

Ein weiterer, bei der Verlegung 43-jähriger Patient (1722) studierte und erlangte den einzigen akademischen Abschluß der Patientenkohorte: Er war Dipl. Hochfrequenzingenieur und 7 Jahre in seinem Beruf tätig. Er erkrankte 35-jährig im Jahr der Ehescheidung. Der Patient war bei 7 Aufnahmen insgesamt 2 Jahre, 11 Monate, in der Großklinik behandelt worden, wurde nach 1 Jahr, 2 Monaten, 19 Tagen aus der kleineren Klinikeinheit entlassen, befand sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese schon 3 Jahre in einer Landesnervenklinik in der BRD, aus der er bald entlassen werden sollte.

Der dritte Patient (1730) mit Abitur, 33-jährig bei der Verlegung, begann ein Studium der Betriebswirtschaft. Während eines Praktikums, 5 Monate nach dem Abitur, sollte er mit Mädchen zusammenarbeiten und scheiterte an nichtintegrierten, angstigenden sexuellen Strebungen: Eingewiesen wurde er wegen Landstreichertums und wiederholtem Exhibitionieren. Er hatte sich zuvor bei 5 Aufnahmen insgesamt 1 Jahr, 2 Monate, 4 Wochen, 6 Tage in der Großklinik befunden; aus der kleineren Klinikeinheit wurde er nach 4 Monaten, 1 Woche, 2 Tagen nach Hause zu seinen über 70-jährigen Eltern entlassen, bei denen er auch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese, 10 Jahre später, wohnte, nach einem erneuten Aufenthalt in der Großklinik. Inzwischen waren die Eltern über 80 Jahre. Der Patient und dessen Vater hatten eine sehr ambivalente Beziehung zueinander: So hielt der Vater den Sohn weiterhin nicht für krank, dennoch fragte er sich, was mit diesem geschehe, wenn sie (die Eltern) sterben würden. Der Patient hatte keinen Beruf und kein sozial rehabilitatives Programm durchlaufen.

4 von 14 (29 %) Schizophrenen mit Primordialsymptomen im Leistungsbereich (Tabelle 15) wiesen einen eindeutigen Leistungsknick, z.B. ("ich kann nicht mehr" - bei vorher guten Schulleistungen) in Form von abfallenden Schulleistungen oder eines Schulabganges kurz vor dem angestrebten Abschluß auf (einmal Abitur, zweimal Mittlere Reife, einmal Volksschulabschluß). Der Leistungsknick dieser Patienten stellte sich in der Pubertät ein, wobei alle 4 Patienten als "still, eigenbrötlerisch", als "Einzelgänger" beschrieben waren.

Beispielhaft mag ein bei der Verlegung 31-jähriger Patient (1731) sein, der früher lebhaft und aufgeschlossen (2 Freunde und Liebe zum Jazz) 1/2 Jahr vor Manifestwerden der Erkrankung präpsychotisch alle Kontakte abbrach und eine Berührung der Mutter vermied (der Vater verstarb als Patient 5-jährig war) und 1 Jahr vor dem Abitur abging ("weil ihm der Sinn verloregngegangen" sei). Hier scheint die Schwellensituation der Sexualität und die Ablösung aus der symbiotischen und inzestuös bedrohlichen Beziehung zur Mutter, deren Partnerersatz er war, mißglückt. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte dieser Patient bei wiederkehrenden Rezidiven mit klinischen Aufnahmen allein in einer eigenen 2-Zimmerwohnung (Sozialrente und Wohnungsgeld).

Von den Alkoholerkrankten wiesen alle 12 (100 %) einen Schulabschluß auf, dabei waren 2 (17 %), die die Mittlere Reife erlangten.

Eine Lehre hatten insgesamt 37 aus 80 (46 %) der Patienten abgeschlossen. Bezieht man die Anzahl der Lehrabschlüsse auf die Anzahl der Schulabschlüsse, so ergibt sich für die unterschiedlichen Diagnosen eine Verteilung wie folgt:

andere psychiatrische Erkrankungen	von	5	Schulabschlüssen	3	Lehrabschlüsse	=	60 %
an seniler Demenz Erkrankte	von	2	"	2	"	=	100 %
Alkoholerkrankte	von	12	"	10	"	=	83 %
Oligophrene	von	1	"	1	"	=	100 %
Psychotiker	von	8	"	5	"	=	62 %
Schizophrene	von	24	"	16	"	=	67 %

Zieht man zum Vergleich die Tabelle 7: Manifestes Erkrankungsalter in 7 Altersklassen hinzu, so wird neben den frühen Behinderungen und Störungen der Oligophrenen die Schul- und weiterführende Ausbildung durchgehend (außer bei einem Patienten) schon im Ansatz verhinderten - verständlich, weshalb vor allen Dingen die Schizophrenen mit 9 (26 %) Patienten des Erkrankungsalters 14 - 20 Jahre insgesamt eine relativ geringe Anzahl (71 %) von Schul- bzw. Lehrabschlüssen (47 %) erreichten. Von den Schizophrenen waren desweiteren 15 (44 %) Patienten zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr erkrankt, so daß auch bei diesen eine weiterführende Berufsausbildung nur bedingt möglich gewesen wäre. Hier bestätigt sich die Annahme, daß u.a. infolge einer frühen Erkrankung das Bildungsniveau der chronisch psychiatrischen Patienten tendenziell eher niedrig angelegt ist.

Im Vergleich dazu sind die 11 Psychotiker sehr viel später erkrankt, nämlich alle nach dem 31. Lebensjahr, zu einem Zeitpunkt, zu dem Schul- und Berufsausbildung gewöhnlich abgeschlossen sind. Daß dennoch nur insgesamt 5 (45 %) der 11 Patienten einen Lehrabschluß erlangten (nur 62 % der Patienten mit Schulabschluß), mag die Annahme, daß chronisch psychiatrisch Erkrankte infolge ihrer prämorbiden Persönlichkeitsstruktur u.a. daran gehindert sind, eine angemessene Schul- und Berufsausbildung zu erlangen, bestätigen.

Auch die Alkoholerkrankten sind erst nach dem 31. Lebensjahr erkrankt. Hier haben neben den 12 (100 %) mit Schulabschluß 10 (83 %) von 12 Patienten einen Lehrabschluß erreicht. Diese Patienten waren prämordial bezogen auf Lernen und Leisten (siehe Tabelle frühkindliche Entwicklungsbedingungen) ohne Symptomatik und zunächst nicht beeinträchtigt. Hier bestätigt sich die Annahme nicht.

Eine abgeschlossene Schul- bzw. Berufsausbildung ist zwar eine gute Grundlage für die soziale Bewährung in einem Beruf, aber arbeiten kann man auch ohne sie. So haben die meisten Patienten der unterschiedlichen Diagnosen Arbeit aufgenommen, d.h. 70 von 80 Patienten (88 %) außer den Oligophrenen mit 5 Patienten (38 %), die infolge ihrer schweren Behinderung bezüglich ihrer Leistung/Arbeitsfähigkeit (die auch immer ein Minimum an Lernmöglichkeit voraussetzt) nicht arbei-

teten, handelte es sich noch um 4 (12 %) jugendliche Schizophrene (Erkrankungsalter 14. Lebensjahr; 15. Lebensjahr; 17. Lebensjahr und 25. Lebensjahr), die keine Arbeit aufgenommen hatten. Diese 4 Patienten, die so gut wie nie gearbeitet haben, hatten auch keine abgeschlossene Schul- oder Lehrausbildung erlangt: Der im 17. Lebensjahr erkrankte Schizophrene ging 1 Jahr vor dem Abitur ab. Der mit 25 Jahren erkrankte schizophrene Patient wies eine Minderbegabung auf (in der Großklinik gemessener IQ = 75). Zwei dieser Vier scheiterten bei mehreren Arbeitsversuchen; die anderen Zwei hatten nie Arbeit aufgenommen und befanden sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese ununterbrochen in der kleineren Klinikeinheit.

Zu häufigem Stellenwechsel, Arbeitslosenzeiten und zwischenzeitlichen Berentungen kam es bei 31 (44 %) der 70 Patienten, die jemals Arbeit aufgenommen hatten.

Die Annahme, daß prämorbide Persönlichkeitsstrukturen oder ein frühes manifestes Erkrankungsalter zu einem unsteten Arbeitsleben mit häufigem Stellenwechsel aufgrund von Schwierigkeiten an der Arbeitsstelle, mit Arbeitslosenzeiten und zwischenzeitlichen Berentungen infolge regressiver Tendenzen oder Behinderung durch die Erkrankung führen, kann für mehr als ein Drittel der Patienten bestätigt werden.

Nimmt man die Oligophrenen insgesamt, die (7 der 8 Patienten) jemals gearbeitet haben (in geschütztem Milieu - Werkstätten oder vergleichbaren geschützten Arbeitsstellen) - und deshalb in diesem Sinne keine Arbeitslosenzeiten aufzuweisen hatten - aus dieser Spalte heraus und betrachtet man die anderen 62 chronisch psychiatrischen Patienten, die Arbeit aufgenommen haben, so ergibt sich eine 47 %-ige Verteilung eines unsteten Berufslebens, das ist knapp die Hälfte der Patienten.

Zu einem Leistungsknick in Schule und Beruf oder einer frühen Invalidisierung kam es bei 23 (29 %), also bei gut einem Viertel der Patienten.

So war ein bei der Verlegung 41-jähriger Schizophrener (1720) bis zu seiner Erkrankung im 40. Lj. 22 Jahre beruflich tätig. 1943 wurde er mit fast abgeschlossener Optikerlehre, 15-jährig einberufen. Zuletzt war er als Packer tätig. Eine Ablösung aus dem Elternhaus gelingt erst

37-jährig mit der 2. Ehe. 6 - 12 Monate vor der manifesten Erkrankung ergab sich für ihn eine veränderte soziale Situation insofern, als er eine neue Stelle mit erhöhten Anforderungen antrat, bei denen er im graphischen Gewerbe eine komplizierte Maschine bedienen mußte. Eine zweite Krankschreibung von der Arbeitsstelle führte ihn in einen stationären klinischen Aufenthalt, aus dem er wegen schwerer Zwangsrituale entlassen werden mußte. Daraufhin regredierte er vollends und verrichtete die Notdurft im Zimmer, was dann zu seiner psychiatrischen Einweisung führte. Der Patient befindet sich seitdem ununterbrochen in stationärer psychiatrischer Behandlung, wobei er nach ursprünglich kurzem Aufenthalt (2 Monate, 1 Woche) in der Großklinik, nach 2 Jahren, 5 Monaten, 4 Wochen aus der kleineren Klinikeinheit auf eigenen Wunsch in die Großklinik (auf eine geschlossene Station) wegen seiner starken Weglauftendenzen und Verwahrlosungszüge rückverlegt wurde. Zur Spätkatamnese sagte er aus, daß er nicht habe haben wollen, daß man sich um ihn kümmere (übersetzt: daß man an ihn Anforderungen stellte), was in der Großklinik gewährleistet sei.

16 weibliche Patientinnen und Beruf

Von den 16 weiblichen Patientinnen haben 15 (94 %) mindestens 5 Jahre gearbeitet. Insgesamt waren 9 Frauen ursprünglich als Hausangestellte tätig. Von diesen übten jedoch prämorbid oder vor ihrer Berentung 6 (67 %) andere Tätigkeiten aus: Montiererin, Postangestellte, Büroangestellte, Tätigkeit in einer Konditorei. Weitere prämorbid ausgeübte Berufe bei den weiblichen Schizophrenen waren:

1 Fürsorgerin (Leistungsknick, dann 28-jährig berentet)

1 Putzmacherin (Unfall im 30. Lj., daraufhin berentet)

1 Stenokontoristin (Pflegschaft 38-jährig wegen manifester Erkrankung, danach noch 10 Jahre tätig als Serviererin)

1 Bürohilfe, die aufgrund ihrer frühen Eheschließung (17-jährig) zeitlich keine nennenswerte Tätigkeit ausübte, deren Mann jedoch vom Klempner über ein weiterführendes Studium zum Bauingenieur avancierte.

Bei den Psychosen:

1 Verwaltungsangestellte (über 40 Jahre tätig, mit 60 Jahren berentet; Verwahrlosungszüge)

1 Alkoholikerin war prämorbid selbständig und hatte 25 Jahre lang ein Seifengeschäft.

1 Patientin mit einer organischen Psychose arbeitete 5 Jahre im Büro, wurde dann arbeitslos und arbeitete 2 Jahre vor der Erkrankung nicht mehr (sozialer Abstieg 29-jährig).

10 (63 %) der 16 weiblichen Patienten blieben ledig (vgl. auch hierzu Kapitel III.1.3.). Allein 7 (70 %) der 10 Lediggeblieben waren zunächst als Hausangestellte tätig, d.h. es fand bei diesen nur eine verzögerte Ablösung aus eigentlich familialen Konstellationen mit erneuten Abhängigkeiten statt, die durch Wünsche nach Geborgenheit, Zugehörigkeit, aber auch Unterordnung gekennzeichnet gewesen sein mögen. So lebten die meisten Hausangestellten in ihrer damaligen Berufsausubung bei ihren Arbeitgebern. Nur 2 ehemalige (Schizophrene) Hausangestellte schafften den Sprung in die Ehe, wobei eine Patientin (0707), die 10 Jahre lang gearbeitet hat, eine symbiotische 35-jährige Ehe führte ("der Himmel auf Erden") und beim Objektverlust (Tod des Mannes) dekompensierte. Die andere Patientin (1734), 36-jährig bei der Verlegung, die als einzige der weiblichen Patienten heute (46-jährig) noch verheiratet ist, arbeitete 15 Jahre lang, bis sie 31-jährig einen Rentenantrag stellte, wobei der Mann sie weiterhin mitversorgt, obwohl auch er schon wegen großer innerer Unruhe ihre Psychopharmaka einnimmt (folie à deux?).

5.2.1 Länge des beruflichen Tätigseins

Arbeit strukturiert die Zeit und das Leben und ist neben der Notwendigkeit, sich zu reproduzieren, auch für den Selbstwert des Einzelnen wichtig. Durch gesellschaftlich anerkanntes Tätigsein erfährt das Individuum seine überprüfbare Nützlichkeit, seinen Wert, aber auch seine Entfremdung.

Anknüpfend an das vorangegangene Kapitel III.5.2 und die Feststellung, daß außer einer alle Frauen 5 - 50 Jahre gearbeitet haben, soll nun folgende These, die der vermuteten Länge des Tätigseins der männlichen und weiblichen Patienten Rechnung tragen soll, formuliert werden:

Die durchschnittliche Länge des beruflichen Tätigseins ist bei Männern und Frauen gleich.

Anz.	Diagnosen	1 - 3 Jahren (Spannweite) ♀	♂	4 - 10 Jahren (Spannweite) ♀	♂	11 - 20 Jahren (Spannweite) ♀	♂	mehr als 20 J. (Spannweite) ♀	♂	Tätigkeit weniger als 1 Jahr ♀	♂	Länge des beruflichen Tätigseins nicht bekannt ♀	♂
2	präsenile oder senile Demenz			5 J.	1			50 J					
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.			5,5 J. (1 J.)	1	10 J.	1	28 J. (7 J.)	2				1
1	Persönlichkeits-störung					14 J.	1						
13	Oligophrenie	1,5 J	1	5,3 J. (2,5 J.)	4						8		
12	Alkoholismus					13 J.	1	38,8 J (30 J.)	1 10				
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.					14,5 J. (3 J.)	1 1	39,3 J (19 J.)	3 6				
34	Schizophrenien	2,2 J (2 J.)	4	7,8 J. (6 J.)	2 11	15,4 J. (5 J.)	5 2	27,5 J (21 J.)	1 3	1	5		
1	nicht klassifizierbar							21 J.	1				
	16♀ Gesamt 64♂		5♂	3♀	17♂	6♀	6♂	6♀	22♂	1♀	13♂		1
	♀ % ♂		8%	19%	27%	38%	9%	38%	34%	6%	20%		2%
80	Insgesamt	5		20		12		28		14		1	
	%	6%		25%		15%		35%		17%		1%	

Tabelle 17 Durchschnittliche Länge des beruflichen Tätigseins in Jahren bis zum Zeitpunkt der Katamnese nach Geschlecht (Spannweite bei mehr als 1 Pat.)

Zunächst scheint es, daß die Patientenkohorte der chronisch-psychiatrisch Erkrankten bis spätestens zum Zeitpunkt der Katamnese ein relativ langes berufliches Tätigsein vorzuweisen hat. So sind immerhin (Tabelle - Länge des beruflichen Tätigseins) 28 Patienten (35 %) mehr als 20 Jahre tätig, 12 Patienten (15 %) 11 - 20 Jahre, 20 Patienten (25 %) 4 - 10 Jahre und 5 Patienten (6 %) 1 - 3 Jahre tätig. 14 Patienten (8 Oligophrene, 6 Schizophrene, d.h. 17 %) waren weniger als 1 Jahr oder nie tätig. Betrachtet man nun - bezogen auf die Geschlechtsverteilung - (in der Tabelle 3. Zeile pro Diagnose) die Spalte - '11 - 20 Jahre' - und die Spalte 'mehr als 20 Jahre' dann findet man gehäuft jeweils 6 von 16 Frauen (38 %). Das deutet auf eine relativ hohe soziale Stabilität hin, zumindest, was das berufliche Tätigsein der Frauen betrifft, auch im Vergleich zu den Männern aus der Spalte '11 - 20 Jahre' mit einer nur 9 %-igen Verteilung, allerdings einer den Frauen sich annähernden Verteilung in der nächsten Spalte (mehr als 20 Jahre) mit 34 %. 13 (20 %) der Männer im Vergleich zu 1 (6 %) der

Frauen haben nie oder nur eine Tätigkeit von weniger als 1 Jahr ausgeübt. Zwischen '1 - 3 Jahre' beruflicher Tätigkeit bewegen sich nur 5 (8 %) der Männer (keine Frauen). In der Spalte '4 - 10 Jahre' sind 3 (19 %) der Frauen und 17 (27 %) der Männer vertreten.

Bei den Männern der unterschiedlichen Diagnosen stellt sich das berufliche Tätigsein wie folgt dar:

Die 5 Oligophrenen, die Arbeit aufgenommen haben, arbeiteten aufgrund ihrer frühen Behinderung im Mittel 5 Jahre (Spannweite 1,5 - 7 Jahre). Sie weisen neben dem Patienten der präsenilen Demenz (nach 5-jähriger Berufszeit frühe Invalidierung und Berentung nach offener Tbc) die kürzeste Tätigkeitszeit vor. Außerdem haben 8 Patienten mit Entwicklungsrückstand nie oder weniger als 1 Jahr gearbeitet. Für die Gruppe der Oligophrenen insgesamt ergibt das dann eine durchschnittliche Länge der Tätigkeit von 2 Jahren.

4 männliche Patienten der Diagnose 'andere psychiatrisch organische Erkrankungen' waren im Mittel 18 Jahre tätig. Bei einem bei der Verlegung 75-jährigen Patienten (0202) - Erkrankungsalter 69 Jahre - konnte die Dauer des beruflichen Tätigseins aufgrund der mnestischen Störung nicht ermittelt werden.

Auch der Patient (1301) mit der Persönlichkeitsstörung konnte trotz seiner frühen manifesten Erkrankung (17-jährig) noch 14 Jahre arbeiten. Der 'nicht klassifizierbare' Patient (1801) arbeitete bis kurz nach dem Tod seiner Frau 21 Jahre lang als Gärtnergehilfe. Danach wurde er bald berentet, da er verwahrloste und sich wiederholt in suizidaler Absicht selbst gefährdete.

10 männliche Alkoholiker haben im Schnitt 40 Jahre (Spannweite 30 - 50 Jahre) lang gearbeitet, d.h. fast bis zum Rentenalter, wobei den Alkoholerkrankten das späte manifeste Erkrankungsalter (s. Kapitel III.3.2) zugute kam. Ein weiterer arbeitete 13 Jahre lang. Das ergibt insgesamt ein Mittel von 33 Jahren, was immer noch eine Aussage macht über die relativ hohe soziale prämorbide Stabilität dieser diagnostischen Untergruppe. Grundsätzlich würde man bei Alkoholerkrankten eher an eine frühe Verwahrlosung, die mit einem weit vorgezogenen Tätigkeitsende einhergeht, denken. Die Alkoholerkrankung ist jedoch eher eine progrediente und "überfällt" den Patienten nicht wie z.B. eine psychotische Erkrankung, so daß eine berufliche Tätigkeit bei schon bestehender Alkoholerkrankung noch einige Jahre ausgeübt werden kann.

Auch die 7 männlichen Psychotiker, die im Schnitt mit 36 Jahren (Spannweite 16 - 49 Jahre) Arbeit weisen eine relativ lange Tätigkeit auf.

20 männliche Schizophrene sind jedoch durchschnittlich nur 9,5 Jahre (Spannweite 1 - 22 Jahre) einer Tätigkeit nachgegangen. Weitere 5 schizophrene Männer haben nie oder weniger als 1 Jahr gearbeitet. Das ergibt dann für die männlichen Schizophrenen insgesamt ein Mittel von 7,6 Jahren. Die männlichen Schizophrenen arbeiten also weniger als andere, außerdem verursachen sie erhebliche Kosten.

Man kann nun spekulieren, woran es liegt, daß diese Männer so wenig gearbeitet haben. Einmal stellt sich die Frage, ob "nur" das frühe Erkrankungsalter dieser diagnostischen Untergruppe den ausschlaggebenden Faktor bildet, daß diese Patienten insgesamt so wenig gearbeitet haben oder ob es mit dem Institutionalismus zusammenhängt, dem sie ausgesetzt waren, der aber wenig zur beruflichen Rehabilitation beitrug. Zum anderen muß in die Betrachtung einbezogen werden, daß die Ernsthaftigkeit der schizophrenen Erkrankung, die häufig zu einer "chronischen" Erkrankung wird, Schuld daran haben mag, daß diese Patienten prämorbid, aber auch während des Verlaufes ihrer Erkrankung nur bedingt den Anforderungen eines geregelten Berufslebens gerecht werden konnten. Hieraus ergeben sich Überlegungen zur Art der Rehabilitation dieser Erkrankten.

Betrachtet man nun die Länge des Tätigseins der Männer insgesamt aller Diagnosen, so ergibt sich ein Mittel von 17 Jahren. Läßt man die 13 Oligophrenen mit der kürzesten Tätigkeitszeit insgesamt aufgrund der frühen Behinderung weg, so sind es immerhin 19 Jahre, die 51 chronisch psychiatrische männliche Patienten im Durchschnitt gearbeitet haben.

Wie sieht es nun bei den Frauen aus?

Die 9 weiblichen Schizophrenen (0704, 0705, 0706, 0707, 1709, 1729, 1732, 1733, 1734) waren im Schnitt 15 Jahre (Spannweite 5 - 42 Jahre) beruflich tätig, wobei eine der 9 Schizophrenen weniger als 1 Jahr arbeitete, da sie früh (17-jährig) heiratete. Die schizophrenen Frauen insgesamt haben also im Schnitt mehr als 5 Jahre länger als die schizophrenen Männer insgesamt gearbeitet. Das mag mit dem grundsätzlich späten Manifestwerden des paranoid-halluzinatorischen Zustandsbildes bei Frauen (5 der weiblichen Patientinnen) zu tun haben. Bei Männern hingegen wird eine Häufung dieses Zustandsbildes schon im früheren Lebensalter beobachtet.

Die 4 weiblichen Psychotikerinnen (0608, 0609, 0610, 1611) haben im Schnitt 32 Jahre (Spannweite 13 - 45 Jahre) gearbeitet und weisen, wie die Männer, (36 Jahre) eine relativ lange Berufstätigkeit auf, was auch mit dem relativ späten Erkrankungsalter dieser Patientengruppe in Zusammenhang gebracht werden kann.

Die 1 weibliche Alkoholikerin (1512) führte 25 Jahre lang ein Seifengeschäft.

Die 1 an seniler Demenz (0101) erkrankte Frau war 50 Jahre lang als Hausangestellte tätig; im Jahr der manifesten Erkrankung - 70-jährig - sollte ihre Rente eingereicht werden.

Die Länge der Tätigkeit insgesamt betrug für die Frauen 22 Jahre im Vergleich zu den Männern, die (ohne die Oligophrenen) 19 Jahre tätig waren. Die These, daß die durchschnittliche Länge des beruflichen Tätigseins bei Männern und Frauen gleich ist, kann somit nicht ganz bestätigt werden. Insbesondere fallen die schizophrenen Männer mit 7,6 Arbeitsjahren im Vergleich zu den Frauen aus dersselben Diagnosegruppe mit 15 Arbeitsjahren ins Auge.

Außer der 1 Patientin, die wegen der frühen (17. Lj.) Eheschließung weniger als 1 Jahr gearbeitet hatte, waren also alle Frauen 5 - 50 Jahre tätig. Diese 16 Frauen sind zwischen 1891 und 1932 geboren. Es stellt sich dabei die Frage, inwiefern das berufliche Tätigsein dieser Frauen mit ihrer Geschlechtsrollenidentität (insbesondere der Auffassung ihrer Zeit entsprechend) zu sehr in Konflikt stand ("Wohin gehört die Frau: An den häuslichen Herd!"), so daß die Arbeit, von der man annehmen könnte, daß sie zur Stabilisierung einer Person beiträgt, doch nicht ausreichte in Krisenzeiten, diese zu überwinden. Andererseits mögen prämorbide Persönlichkeitsstrukturen, die diese 10 verheirateten lediggebliebenen Fraue in der Partnersuche oder Partnerbeziehung behinderten, auch dazu geführt haben, in den Beziehungen, die durch das Tätigsein vermittelt werden, zu scheitern. Allerdings gab es nur bei 1 Patientin im Leistungsbereich (1-maliges Sitzenbleiben), Nennungen bezogen auf die Primordialsymptomatik, kein Kontakt-, kein Erziehungsbereich scheint gestört gewesen zu sein.

Es kann also bei den Frauen die Annahme, daß prämorbide Persönlichkeitsstrukturen zu frühen Berentungen oder unstetem Berufsleben führen, nicht eindeutig bestätigt werden.

Bei der Großzahl (63 %) lediggebliebener Frauen läßt sich vermuten, daß ein maßgeblicher Aspekt ihrer weiblichen sozialen Rolle - insbesondere dem damaligen Rollenverständnis entsprechend - nämlich als Ehefrau und Mutter wirken zu können und wertgeschätzt zu werden, nicht realisiert werden konnte, was u.a. zur Labilisierung des Selbstwertes beitrug.

Ein Arbeitszusammenhang reichte nicht aus, um Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, nach Geborgenheit zu stillen oder in der Liebe zu einem anderen Wesen aufzugehen, um darin einen existentiellen Sinn zu finden. Ein hieraus erwachsendes Vertrauen in sich selbst und die Umwelt konnten wohl 6 (37 %) lediggebliebene der 10 paranoid-halluzinatorischen Psychosen insgesamt (6 Schizophrene des paranoiden Formenkreises, davon drei ursprünglich verheiratet, aber ohne Kinder; 4 paranoid-halluzinatorische Psychosen, 1 verheiratet mit Kindern) nie erleben.

5.3 Schichtzugehörigkeit

Es ist besser reich und gesund
als arm und krank zu sein.
Johann Nestroy

5.3.1 Höchste, prämorbid erreichte soziale Schicht

Der soziale Bezugsrahmen zur Erfassung einer Sozialstruktur der Patientengruppe der chronisch psychiatrisch Erkrankten vor ihrer Institutionalisierung mußte sich notgedrungen allein auf die stattgefundene Ausbildung und auf die prämorbid erreichte berufliche Stellung beschränken, da andere komplexe Bereiche, die ergänzende Aussagen zur sozialen Schicht machen konnten, wie z.B. das Wohngebiet vor der Einweisung in die Großklinik, in den Krankengeschichten fehlten. Da der ursprüngliche Aufenthalt dieser chronischen Patienten vor ihrer Institutionalisierung größtenteils weit zurück lag, konnte er auch nicht über das Einwohnermeldeamt erfahren werden.

Die Wohngegend als Sozialgradient - bei diesen chronisch psychiatrisch Erkrankten - mit einzubeziehen (vgl. FARIS und DUNHAM 1965, 23 ff.), würde ohnehin einem Artefakt gleichkommen, da mit dem sozialen Abstieg, der bei manchen ja schon Jahrzehnte zurücklag, aufgrund prämorbider Persönlichkeitsstörungen und psychosozialer Behinderungen durch die Krankheit Patienten auch aus "guten" Wohngegenden den "schlechteren" i.S. der "Drift-Hypothese" (COOPER u. MORGAN 1977, 102) zugeströmt sein könnten. So wurde die als letzte angegebene Wohnung keine Aussagen über die Schichtzugehörigkeit machen können, sondern

entspräche dann eher einer sozialen Selektion.

Auf das Schichtmodell der immer noch klassischen Studie von 1950 über den Einfluß sozialer und epidemiologischer Faktoren auf psychische Störungen von HOLLINGSHEAD u. REDLICH (1975, 42 ff.) konnte deshalb nur bedingt zurückgegriffen werden. In ihrem mehrdimensionalen System werden zur Bestimmung der sozialen Schichtung neben verschiedenen anderen Variablen Beruf, Ausbildung und Wohngegend in einer bestimmten Relation zu einem Schichtindex zusammengefügt. Bei weiterer Überprüfung des Modells (DILLING u. WEYERER 1978, 185) wurde festgestellt, daß der Berufszugehörigkeit der Patienten die größte Bedeutung für die soziale Position zukommt, so daß es gerechtfertigt erscheint, auch hier die Schichtzugehörigkeit primär von der prämorbiden Berufszugehörigkeit abzuleiten.

Sieht man nun von Ergebnissen weiterer ökologisch-epidemiologischer Studien ab (FARIS u. DUNHAM 1939; HÄFNER et al. 1969), die zu 70 % die Abhängigkeit der psychischen Erkrankungsrate von der sozioökonomischen Position der Betroffenen bestätigen (DOHRENWEND u. DOHRENWEND 1974, 138; FRIED 1969), so scheint auch für die Behandlungsprävalenz das gehäufte Vorkommen von Oligophrenien, Alkoholismus und Schizophrenie in der Unterschicht gesichert (HÄFNER 1971, 557 ff.; STROTZKA et al. 1968). Ein signifikanter Anstieg schizophrener Erkrankungen in der untersten Sozialschicht ist das durchgängigste Ergebnis der sozialen Epidemiologie überhaupt (KOHN 1974, 292). Die psychotischen Störungen haben dabei in den oberen Sozialschichten eher eine akute und reaktive Verlaufsform, in den unteren Sozialschichten eine eher chronische (ZIGLER u. PHILLIPS 1960).

Den erwähnten Zusammenhängen zwischen sozialer Schicht und psychischer Erkrankung suchten HOLLINGSHEAD und REDLICH in ihrer großangelegten Studie u.a. mit einer Reihe von Forschungsfragen und sich daraus ergebenden Arbeitshypothesen zur Schichtabhängigkeit der Behandlungsprävalenz, der Art der psychischen Krankheit und der Art der psychiatrischen Behandlung nachzugehen. Bezogen nun auf die vorliegende Patientengruppe der chronisch psychiatrisch Erkrankten läßt sich zu deren Forschungsergebnissen eine weiterführende Annahme als <u>These</u> formulieren:

Es besteht eine signifikante Beziehung zwischen unteren Sozialschichten und dem chronischen Verlauf ihrer psychischen Erkrankungen.

Unterthese: Bestimmte Diagnosen wie Oligophrenie, Alkoholismus und Schizophrenie finden sich gehäuft in der Unterschicht.

Ein eigentlicher Vergleich mit der Studie von HOLLINGSHEAD und REDLICH bietet sich u.a. aufgrund der unterschiedlichen Größe der Population und der unterschiedlichen Untersuchungszeiträume (bei der New Haven Studie 1/2 Jahr zum Vergleich der 10-Jahres-Katamnese) nicht an. Dennoch kann auch hier aufgrund der besseren Überschaubarkeit deren Schichtmodell als Grundlage der Schichtzugehörigkeit benutzt werden.

In ihrem 5-Schichten-Modell kamen HOLLINGSHEAD und REDLICH zu folgenden Differenzierungen:

Schicht I (Oberschicht und obere Mittelschicht):

Dabei handelt es sich größtenteils um zumeist führende Persönlichkeiten im Wirtschaftsleben der Gemeinde, deren Reichtum meistens ererbt ist; sie sind Absolventen "besserer" Colleges und genießen höchstes soziales Prestige.

Schicht II (mittlere Mittelschicht):

Angehörige dieser Schicht bekleiden hohe berufliche Stellungen, Manager und freie Berufe; sind wohlhabende Personen, obwohl sie kein wesentliches ererbtes, oft nicht einmal erworbenes Vermögen haben; College-Absolventen; leben in besseren Wohngemeinden.

Angehörige von Schicht I und II wren in der vorliegenden Patientenkohorte nicht vertreten. Diese beiden Schichtpositionsbestimmungen wurden nur der Vollständigkeit halber hier aufgeführt.

Schicht III (untere Mittelschicht):

Hier dreht es sich um die Mehrzahl der kleinen Eigentümer, Büroangestellte und Verkaufspersonal; einige waren gelernte Handarbeiter; größtenteils Mittelschulabsolventen, einige besuchten Colleges und kaufmännische Fachschulen; sie leben in "guten" Wohngegenden.

Schicht IV (obere Unterschicht):

Bei Angehörigen dieser Schicht handelte es sich um untere Angestellte, vor allem um angelernte Fabrikarbeiter; das durchschnittliche Bildungsniveau ist wesentlich niedriger als in Schicht III.

Schicht V (untere Unterschicht):

Auch hier gab es eine Vielzahl angelernter Fabrikarbeiter, vor allen Dingen aber ungelernte Arbeiter; die meisten verließen vor Abschluß die Elementarschule; sie wohnen teils in den schlechteren Wohngegenden, teils in Elensvierteln.

Aus dieser Gruppe von 80 chronisch psychiatrischen Patienten war kein Angehöriger der Schichten I und II. Angehörige der Schichten III und IV bewegten sich von ihrer Ausbildung und beruflichen Qualifikation tendenziell eher an der unteren Grenze ihrer jeweiligen Schicht, d.h. die vorliegende Kohorte läßt sich mit 100 % den Kategorien der unteren und oberen Unterschicht und unteren Mittelschicht, wie sie in den Definitionen von verschiedenen Autoren (MOORE u. KLEINING 1960; SCHEUCH u. DAHEIM 1961) erscheinen, zuordnen. Ein Bevölkerungsvergleich zur BRD, in der diese zwei Gruppen 75 % ausmachen, ergibt einen 25 % höheren Anteil der prämorbiden Zugehörigkeit dieser Patienten zu den unteren Sozialschichten.

Die Schichtpositionsbestimmung für Schicht III wurde zur besseren Differenzierung nochmals aufgegliedert. Selbständige, auch mithelfende Familienangehörige und angestellte Akademiker dürften ein anderes

Anz.	Diagnosen	Schicht III			Schicht IV	Schicht V		wegen Progredienz des Leidens nicht eruiert
		Angestellte auch ang. Handwerker	angestellt. Akademiker	Selbstand. auch mithelf. Fam.Ang.	Fach- u. angelernter Arbeiter; kleinere Angestellte (Haus u. Büro	ungelernter Arbeiter o. Hilfskraft	nie gearbeitet	
2	präsenile oder senile Demenz	1			1			
6	andere organisch psychiatr. Erkrankg.	3		1		1		1
1	Persönlichkeitsstörung					1		
13	Oligophrenien				1	7	5	
12	Alkoholismus	6		5		1		
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions Depression; schizo-affektive Psychose	2		2	5	2		
34	Schizophrenien	11	1		10	9	3	
1	nicht klassifizierbar				1			
80	Insgesamt	23	1	8	18	21	8	1
			32			29		
	%		40 %		23 %	36 %		
Normalbevölkerung		50 %			50 %			

Tabelle 18 Höchste prämorbid erreichte soziale Schicht nach Beruf in Absolutzahlen u. Gesamtprozent
Statistisches Jahrbuch 1970 vom Statistischen Landesamt Berlin (nur eingeteilt in Selbständige + mithelf. Familienangehörige, Angestellte u. Beamte und Arbeiter ohne weitere Differenzierung)

Selbstbild und Selbstgefühl entwickelt haben im Vergleich zu den Abhängigkeiten von Arbeitern und Angestellten mit einem geringen Bildungsniveau, was sich prognostisch günstiger auswirken könnte.

Bei der vorliegenden Patientengruppe gehörten:

insgesamt 32 von 80 (40 %) Schicht III
insgesamt 18 von 80 (23 %) Schicht IV
insgesamt 29 von 80 (36 %) Schicht V an.[1)]

Der einzige Akademiker (Pat. 1722) - 43-jährig bei der Verlegung; Erkrankungsalter in den 30-er Jahren - mit Hochschulabschluß eines Dipl.Ing. für Hochfrequenz der TH in Dresden, war prämorbid bei einer Rundfunkgesellschaft in der Forschungsabteilung angestellt, lebte jedoch in einfachen Wohnverhältnissen (1-Zimmerwohnung).

Allein 5 der 8 selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen (55 %) sind Alkoholerkrankte, davon 2 Gastwirte (0502, 0504) mit mindestens einem Angestellten. Bei den Letzteren dreht es sich um eine eher berufsbezogene Störung, wobei die Berufswahl schon aufgrund einer oralen Störung getroffen worden sein mag.

Die Unterthese I bezogen auf die Zugehörigkeiten zu den unteren Sozialschichten kann für die Oligophrenen mit 12 aus 13 (92 %) der Schicht V zugehörig (1 Patient Schicht IV) voll bestätigt werden. Für die Schizophrenen bestätigt sich die Annahme, wenn man Schicht IV und V zusammennimmt mit 22 aus 34 (64 %), wobei - wie oben erwähnt - sich Angehörige aus Schicht IV tendenziell ohnehin in Richtung Schicht V bewegen.

Für die Alkoholerkrankten läßt sich mit 11 aus 12 (91 %) der Schicht III diese These nicht bestätigen.

Auch die Psychotiker sind mit 5 aus Schicht IV und 2 aus Schicht V, insgesamt also mit 7 von 11 (64 %) in den beiden untersten Sozialschichten überrepräsentiert.

---

1) Die Schichtzugehörigkeit von 1 Patient (0202) (68-jährig bei der Verlegung, vermutetes Erkrankungsalter 67 Jahre, mit der Diagnose hirnatrophierender Prozeß) konnte wegen der Progredienz des Leidens und seiner schweren mnestischen Störungen nicht eruiert werden. Vermutet wird eine Zugehörigkeit zu Schicht IV oder V (große Geschwisterzahl).

Vergleicht man nun die Zahlen zur Schichtverteilung der 80 chronisch psychiatrisch Erkrankten (Tabelle: 18 - Höchste prämorbid erreichte soziale Schicht) mit den Ergebnissen zur Behandlungsprävalenz 1950 in New Haven von HOLLINGSHEAD und REDLICH und den Ergebnissen einer weiteren Studie, die sich an die o.g. anlehnt, von DILLING u. WEYERER (1978, 187), die Patienten aus Südostbayern eines Stichtages vom 01.01.1971 schichtspezifisch untersuchten, so ergeben sich beträchtliche Unterschiede im Vergleich zur Schichtverteilung in New Haven für alle Schichten und eine eindeutige Übereinstimmung für Schicht III mit der bayrischen Patientenpopulation, aber deutliche Unterschiede bezogen auf die Schichten IV und V. Schicht IV ist im Vergleich zu Oberbayern mit 23 % niedriger repräsentiert, wobei Schicht V mit 36,2 % im Vergleich zu 18,4 % bzw. 17 % der beiden anderen Studien deutlich höher repräsentiert ist. Die Annahme, daß insbesondere psychische Erkrankungen von Patienten der untersten Schicht (V) einen chronischen Verlauf nehmen, kann hier auch bei vorsichtiger Beurteilung bestätigt werden.

Soziale Schicht	New Haven	Berchtesgaden Rosenheim Traunstein	80 chronisch psychiatrisch Erkrankte aus West-Berlin (95 %-iger Vertrauensbereich d.Binomialverteilung)
I	3,0 %	5 %	-
II	8,4 %	8 %	-
III	20,4 %	40 %	40,0 % (29 - 52 %)
IV	49,8 %	30 %	23,0 % (14 - 33 %)
V	18,4 %	17 %	36,2 % (26 - 48 %)
Bevölkerung	236.940	42.444	80 Patienten

Tabelle 19 Schichtverteilung der Behandlungsprävalenz (New Haven, Südostbayern) und Patientenkohorte in Prozentzahlen mit einem 95 %-igen Vertrauensbereich der Binomialverteilung

5.3.1.1 Soziale Schicht und Aufenthaltsdauer

Es ließen sich hinsichtlich Schichtzugehörigkeit sicherlich noch weitere Problemstellungen bezüglich der chronischen Patienten erörtern, was jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Ein nicht zu vernachlässigender Interessenschwerpunkt hinsichtlich unserer Frage-

stellung der Abhängigkeit des chronischen Verlaufes von der Schichtzugehörigkeit betrifft in jedem Fall den Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Aufenthaltsdauer.

Vergleicht man nun diese (Grobschätzungen, wobei die Patienten insgesamt mindestens diese Aufenthaltszeiträume in ihrer Krankheitskarriere aufwiesen) mit der prämorbiden Schichtzugehörigkeit der chronisch psychiatrischen Patienten, so bietet sich folgende Annahme zur Überprüfung an:

Die Aufenthaltsdauer der hospitalisierten Patienten ist umso länger, je niedriger deren sozioökonomische Position ist (vergl. DILLING un WEYERER 1979, 215).

Aufenthaltsdauer	Schicht III	Schicht IV	Schicht V	Schicht nicht erfaßt	Gesamt
0 - 12 Monate	10	2	1		13
1 - 3 Jahre	3 — 72 %	3 — 67 %	7 — 52 %		13
3 - 10 Jahre	10	7	7	1	25
10 - 15 Jahre	4	2	7		13
15 - 20 Jahre	3 — 9 aus 32 = 28 %	1 — 6 aus 18 = 33 %	1		5
20 - 30 Jahre	2	2	1 — 14 aus 29 = 48%		5
30 - 40 Jahre		1	4		5
mehr als 40 Jahre			1		1
Gesamt	32	18	29	1	80
Verbleib zum Zeitpunkt d. Spätkatamnese	15 Verstorbene 7 Entlassene 6 i. kl. Klinik verbl. 4 Wiederaufnahmen	8 Verstorbene 6 Entlassene 3 i. kl. Klinik verbl. 1 Rückverleg. i. Großklinik	4 Verstorbene 15 Entlassene 8 i. kl. Klinikeinheit 2 Wiederaufn. i. Großklinik		

Tabelle 20 Soziale Schicht und Aufenthaltsdauer. Verbleib zum Zeitpunkt der Spätkatamnese.

Faßt man nun die Patienten aus Tabelle: 20, die Verweilzeiträume von mehr als 10 Jahren aufweisen, zusammen, so zeigt

Schicht III eine Rate von 28 %
Schicht IV eine Rate von 33 %
Schicht V eine Rate von 48 %

Hier ergibt sich ein fast gesetzmäßiger Trend des prozentualen Anstieges der Aufenthaltsdauer, je niedriger die sozioökonomische Position.

Zunächst läßt sich insgesamt ein eindeutiger Zusammenhang zwischen "chronisch behandelter" psychischer Erkrankung und Sozialschicht herstellen. Angehörige der untersten Sozialschicht verbleiben scheinbar insgesamt länger in stationärer Behandlung als die Patienten anderer Schichten.

Da diese Patientenkohorte jedoch bezogen auf die Erkrankungsart eine sehr heterogene Gruppe darstellt, mag die Länge des Verweilzeitraumes nicht nur von der Sozialschicht abhängen, sondern auch diagnosenspezifisch sein. Der Trend in Richtung unterste Sozialschicht könnte z.B. daher rühren, daß die Oligophrenen mit ihren frühen Behinderungen naturgemäß längere Verweilzeiträume als die anderen chronischen Patienten haben. So stammen ja allein 12 der 13 Oligophrenen aus Schicht V und haben eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 16 Jahren (Spannweite 1 - 43 Jahre). Die 12 männlichen Schizophrenen aus Schicht V, die vom Alter her relativ jung waren, zeigen im Mittel eine Aufenthaltsdauer von knapp über 10 Jahren (Spannweite 1 - 30 Jahre). Die 12 schizophrenen Patienten (männliche und weibliche) aus Schicht III zeigen ebenso einen durchschnittlichen Verweilzeitraum von 10 Jahren (Spannweite 0,4 - 23 J.). Der Trend bezieht sich also primär auf die Oligophrenen, sekundär auf etwa ein Drittel der männlichen Schizophrenen, alle aus Schicht V stammend. Aus Schicht V der anderen Diagnosegruppen stammen nur noch 2 Patienten mit Verweilzeiträumen über 10 Jahre (1 Epileptiker mit 11 J. und 1 Persönlichkeitsstörung mit 12 J.).

Eine weitere Ausdifferenzierung, bezogen auf Schichtzugehörigkeit, Aufenthaltsdauer und Verbleib (zum Zeitpunkt der Spätkatamnese) soll nun für die männlichen schizophrenen Patienten im nächsten Kapitel erfolgen.

5.3.1.2 Subgruppe der männlichen Schizophrenen

Alleinstehende (ledige und geschiedene) schizophrene Männer stellen mit 31 % einen relativ großen Anteil der chronisch psychiatrischen Patienten dar (25 von 80 bei insgesamt 34 Schizophrenen). Allein 12 (45 %) dieser 25 gehören der Schicht V an.

Verbleib	Soziale Schicht			Gesamt
	III	IV	V	
i. stationär psychiatrischer Behandlung (bei Anz. d. Wiederaufnahme)	7 (bei 2 WA)	2	5	14
verstorben	1	1	1	3
entlassen	1	1	6 (bei 2 WA)	8
Gesamt	9	4	12	25

Tabelle 21 Unverheiratete männliche Schizophrene: Schicht und Verbleib zum Zeitpunkt der Spätkatamnese in Absolutzahlen

Eine Vermutung, die sich aus den Ergebnissen der Erhebung aus Südostbayern speist (DILLING u. WEYERER 1979, 211), nämlich, daß die schizophrenen Patienten der untersten Schicht auch die geringsten Entlassungschancen haben, bestätigt sich - wie oben erwähnt - in dieser Gruppe nicht. Immerhin wurden im Zeitraum von 10 Jahren 50 % der schizophrenen Patienten aus Schicht V (6 von 12) allerdings mit relativ niedrigen Verweilzeiträumen durchschnittlich 5 Jahre (Spannweite 2 - 10 J.) im Vergleich zu 11 % (1 von 9) aus Schicht III mit einem Verweilzeitraum von weniger als 6 Monaten entlassen. Die übrigen lebenden männlichen Schizophrenen aus Schicht III mit durchschnittlich 12 J. (Spannweite 4 - 23 J.) wiesen höhere Verweilzeiträume auf als die Patienten der Schicht V. Dabei waren Schicht-III-Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese in psychiatrisch-stationärer Versorgung befanden, mit 37 J. (Spannweite 29 - 43 J.) im Mittel nur wenig älter als die entlassenen Schicht-V-Patienten, die im Mittel 33 Jahre (Spannweite 21 - 45 J.) alt waren. Die Patienten aus Schicht V, die zum Zeitpunkt der Spätkatamnese stationär behandelt wurden, zeigten vergleichbare Daten. Sie schienen zwar im Schnitt 8 Jahre jünger zu sein, was aber eher einem Artefakt gleichkommt, da der eine bei der Verlegung 16-jährige Patient hier den Durchschnittswert erheblich

verändert. Die Aufenthaltsdauer dieser Patienten betrug durchschnittlich 13 Jahre, was dem Wert von Schicht III mit 12 Jahren gleichkommt.

Verbleib	Schicht III			Schicht V		
	Mittel d. Verleg. Alt. (Spannwte.)	Anz. der Patienten	Mittel d. Aufenthts. (Spannwte.)	Mittel d. Verleg. Alt. (Spannwte.)	Anz. d. Patienten	Mittel d. Aufenthts. (Spannwte.)
i. kl. Klinikenheit verbliebene Patienten	37 Jahre (29 - 43 J.)	4	12 Jahre (4 - 23 J.)	29 Jahre (16 - 45 J.)	3	13 Jahre (1 - 30 J.)
Wiederaufnahme (Spatkatamnese)		3			2	
Verstorbene	37 J.	1	5 J.	61 J.	1	33 J.
Entlassene	27 J.	1	5 Monate	33 J. (21 - 45 J.)	6	5 J. (2 - 10 J.)
Gesamt	9			12		

Tabelle 22 Durchschnittliches Verlegungsalter u. Mittel der Aufenthaltsdauer zum Zeitpunkt der Spätkatamnese der männlichen schizophrenen Patienten aus Schicht III und V

Es gab in beiden sozialen Schichten Entlassungen und Wiederaufnahmen (WA) - siehe Tabelle 21: Schicht und Verbleib - aus Schicht III 11 %, aus Schicht V 50 % der Patienten. Bei der Gruppe der männlichen schizophrenen Patienten müssen also andere Faktoren als die der Schichtzugehörigkeit für deren Krankheitsverlauf bestimmend gewesen sein.

Eine Erklarung für die relativ große Anzahl von stationär Verbliebenen aus Schicht III mag so mit der Schwere der Erkrankung zu tun haben. D.h. längere Verweilzeiträume bei relativ gleichem Alter weisen auf einen fruheren Erkrankungszeitpunkt hin, was prognostisch ungünstig zu werten ist (siehe auch die stationär Verbliebenen aus Schicht V). Der Schweregrad der Erkrankung dieser schizophrenen Patienten mag einmal mit der ernstzunehmenden schizophreneno-spezifischen Pathologie zu tun haben, aber ebenso - nach Kenntnis und subjektiver Einschätzung der Ref. - mit deren regressiven Positionen. Das Maß der Versorgungswünsche, die durch die langjährige Institutionalisierung weiter gefördert wird und mit der Struktur jeder stationären klinischen Einrichtung einhergeht, behindert ein Selbständigwerden der Patienten, wobei jeder Blick nach draußen durch Angst sabotiert wird. Eine mehr progressive Zielrichtung der Patienten und Betreuer erfährt durch die stationäre "Versorgungs"-falle dann immer wieder erneut eine Begrenzung, wenn sie sie nicht, wie in dem vorliegenden Fall, verunmöglicht.

5.3.2 Prämorbide soziale Bewährung, durchschnittliches Lebensalter des sozialen Abstiegs und soziale Einordnung vor stationärem Aufenthalt in der Großklinik

Der Begriff der sozialen Bewährung eines Menschen bezieht sich auf Normvorstellungen der Lebensbewältigung sozialer Abläufe. Hier geht es darum, wie der Mensch sich der Außenwelt gegenüber verhält, inwieweit er zu zwischenmenschlichen Bindungen fähig ist, z.B. inwieweit er anderen zuliebe Einschränkungen auf sich nehmen kann und ob er den eigenen Produkten zufrieden oder unzufrieden gegenübersteht.

Die soziale Bewährung stellt eine Verbindung zwischen individuellen und sozialen Reaktions- und Verhaltensweisen dar. In den Merkmalen 'Partnersuche gelungen' und/oder 'Ehe gelungen' geht es darum, die Fähigkeit, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen und die gefühlshafte Bindung an Partner zu erfassen, d.h. die prämorbide Bindungsfähigkeit des Patienten zu überprüfen. Mit dem Merkmal 'Beruf gelungen' soll die soziale Leistung der Arbeitsfähigkeit beurteilt werden. Die Merkmale der 'Verwahrlosung', der 'Sucht', der 'Kriminalität' und 'Zugehörigkeit zur sozialen Randgruppe' betreffen die soziale Anpassung und Einordnung der Patienten. Das Merkmal 'durchschnittliches Lebensalter des sozialen Abstiegs', der nicht immer mit der manifesten Erkrankung zusammenfällt, gibt einen Aufschluß über die zeitliche Dimension der bewältigten Lebensabschnitte.

Als Folge der Erkrankung und als Kehrseite der sozialen Bewährung betrifft dann der soziale Abstieg die Bereiche gelöster menschlicher Verbindungen (Scheidungen), die Unfähigkeit einer Arbeit nachzugehen (Stellenverlust, anhaltende Arbeitslosigkeit, frühe Berentung), das Abdriften in randständige Gruppen und in den gesetzlichen Bereich der herabgesetzten Eigenverantwortung (Zurechnungsfähigkeit, Pflegschaft).

Im Zusammenhang mit der manifesten Erkrankung und dem sozialen Abstieg wird dem Patienten durch Instanzen sozialer Kontrolle ein "fest umrissener Sonderstatus" als "Geisteskranker" zugewiesen, von dem nur schwer wieder loszukommen ist (SCHEFF 1980, 160).

Es sollen für diesen Bereich nun zwei Thesen überprüft werden:

1. Die prämorbide Persönlichkeitsstruktur und die Folge der sich abzeichnenden psychischen Erkrankung wirken sich negativ auf die soziale Bewährung aus.

Desweiteren, analog der größeren beruflichen Stabilität der Frauen (Kapitel III.5.2 Länge des beruflichen Tätigseins, S. 217 f) und ihrer, im Vergleich zu den Männern, späteren Erkrankung:

2. Die Frauen erreichen ein durchschnittlich höheres Lebensalter als die Männer, bevor sie sozial absteigen.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Partnersuche gelungen	Ehe gelungen	Beruf gelungen	Soziale Einpassung u. Einordnung; Verwahrlosg.; Sucht; Kriminalität; soz. Randgruppe	durchschnittliches Lebensalter d. sozialen Abstiegs in Jahren	Spannweite	wegen Progredienz d. Leidens nicht erfaßt
2	präsenile oder senile Demenz	1 (50 %)		1 (50 %)	2 (100 %)	65,5 J.	22 - 53 J.	
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	3 (50 %)	2 (33 %)		1 (17 %)	44,7 J	26 - 53 J.	1 (17 %)
1	Persönlichkeitsstörung	1 (100 %)			1 (100 %)	50 J.		
13	Oligophrenie				10 (77 %)	27,9 J.	12 - 54 J	
12	Alkoholismus	9 (75 %)	4 (33 %)	4 (33 %)	12 (100 %)	55 J.	31 - 72 J.	
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	6 (55 %)	4 (36 %)	6 (55 %)	5 (45 %)	57,6 J.	44 - 74 J.	
34	Schizophrenien	12 (35 %)	4 (12 %)	5 (15 %)	14 (41 %)	33,9 J.	14 - 74 J.	1 (3 %)
1	nicht klassifizierbar	1 (100 %)	1 (100 %)		1 (100 %)	50 J.		
80	Insgesamt	33	15	16	46 (5♀ / 41♂)			2
	%	41 %	19 %	20 %	58 %			3 %

Tabelle 23 Prämorbide soziale Bewährung, soziale Einordnung vor stationärer Aufnahme in Absolut- u. Prozentzahlen und durchschnittliches Lebensalter des sozialen Abstieges (Spannweite bei mehr als 1 Nennung)

Die erste 'Partnersuche' findet in einer Zeit statt, in der die Ablösung aus den ersten Objektbeziehungen, nämlich eine Ablösung von Mutter und Vater und anderen ersten Bezugspersonen erfolgt. Eine Partnersuche ist insgesamt 33 von 80 Patienten (43 %) gelungen (bei 2 Patienten nicht erfaßt), d.h. bei 47 Patienten (56 %) scheiterte der Versuch, Kontakt zum anderen Geschlecht aufzunehmen.

Die Festigung einer Partnerbeziehung in Form einer Ehe ist bei 15 (19 %) der 80 Patienten gelungen (bis zur stationären Aufnahme), d.h. es ist knapp die Hälfte der Patienten, die sich dem anderen Geschlecht überhaupt zuwandte. Ursprünglich versuchten sich ja 31 Patienten (s. Kap. III.1.0 - zum Familienstand) in der Ehe; zum Zeitpunkt der Katamnese waren hiervon 19 Patienten geschieden oder getrennt lebend, verwitwet 7 Patienten, noch verheiratet 5, respective 3, da im Verlaufe 2 weitere Patienten verstarben.

Wie in einem nachfolgenden Kapitel gezeigt wird (III.6.3 - Vermuteter auslösender Konflikt, Objektverlust), kann u.a. eine Trennung vom Partner pathogen wirken. Dabei ist eine Scheidung bei einem hohen Anteil der Patienten schon eher als Ausdruck ihrer allgemein mißglückten Umweltbeziehung zu verstehen.

Es lebte also die überwiegende Zahl der Patienten (47 aus 80 - 56 %) ohne das Maß an Sicherheit und Geborgenheit, das in festen, tragenden Beziehungen in Krisenzeiten hilfreich sein kann.

Leider konnte das Heiratsalter dieser Patientenkohorte nicht ermittelt werden. Vermutlich ist es aber auch bei denen, die überhaupt heirateten, tendenziell eher aus der Unterschicht stammenden Patienten, so, daß es zu einer relativ frühen Eheschließung kam. In dieser bekannten Flucht nach vorne wird das gebündelte Maß an familialen Konflikten in die eheliche Beziehung mit eingebracht in der Erwartung, die gesamten ungestillten Bedürfnisse nach Geborgenheit, Sicherheit und Selbständigkeit in dieser nun endlich erfüllt zu sehen. Dies sind dann die konfliktträchtigen Voraussetzungen für spätere Mißverständnisse, Enttäuschungen und Streitereien (RUDOLF 1973, 141).

Von ursprünglich 37 von 80 Patienten (46 %), die eine Lehre abgeschlossen haben (s. Kap. III.5.2, Tabelle 16: Ausbildung und Beruf, weisen nur 16 (20 %) das Merkmal "Beruf gelungen" auf. Das ist weniger als die Hälfte der Patienten, die ursprünglich eine gute Grundlage für einen Beruf mitbrachten. Die hohe soziale Mobilität dieser Patienten drückt sich auch in deren häufigen Stellenwechsel (Arbeitslosenzeiten und Berentungen) mit 31 (46 %) der Patienten aus. Sicherlich waren

die Nachkriegszeiten wenig förderlich für die berufliche Entfaltung von eher Labilen, insbesondere aus der Unterschicht. So bestand bis 1950 eine hohe Arbeitslosenquote, deren Rate erst Mitte 1982 eine Entsprechung findet.

"Angehörige der unteren sozialen Schicht müssen in starkem Maße der wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung tragen, indem sie ihre Berufstätigkeit den jeweiligen Erfordernissen angleichen." (RUDOLF 1973,142)

Hier liegt der Verdacht nahe, daß für Menschen mit einer prämorbiden Persönlichkeitsstruktur die unflexibel, sicherungsbedürftig und ängstlich sind, darin Konfliktmöglichkeiten bestehen. Trendstudien (FRIED 1969) belegen, daß vor dem Anstieg der Aufnahmeziffern in psychiatrischen Krankenhäusern die Arbeitslosigkeitsziffern zunehmen, d.h., es konnte ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Verlust oder dem drohenden Verlust des Arbeitsplatzes und dem Grad psychischer Erkrankung gefunden werden. Die psychische Erkrankungsrate ist also abhängig von ökonomischen als auch nicht-ökonomischen Ursachen.

46 von 80 Patienten (58 %) dokumentieren vor der stationären psychiatrischen Behandlung eine problematische soziale Anpassung und soziale Einordnung. D.h., mehr als die Hälfte dieser Patienten war vor der stationären psychiatrischen Behandlung (in der Großklinik) sozial instabil, und zwar bezogen auf Merkmale wie Verwahrlosung, Kriminalität, Sucht und randständige Gruppen. Diese Merkmale kennzeichnen u.a. eigentlich die 4 %-starke, niedrigste soziale instabilste Gruppe der 20 % Unterschicht deutscher Verhältnisse (nicht der amerikanischen). STROTZKA et al., 1972 (b. RUDOLF 1973, 130) fanden jedoch, daß 'psychiatrische Fälle' (Neurosen zusammen mit Psychosen) in sozialen Verhältnissen leben, die denen der Durchschnittsbevölkerung entsprechen und nur Kriminelle, sexuell Verwahrloste, Süchtige dieser 4 %-starken untersten sozialen Gruppe angehören.

Dies kann für die Kohorte der 80 chronisch psychiatrischen Patienten nicht bestätigt werden, so daß ein Zusammenhang u.a. zwischen der unterpriveligierten, sozio-ökonomischen und seelischen Notsituation und ihrer beruflichen Entwicklung, ihrer sozialen Einordnung und dem chronischen Verlauf ihrer "psychiatrischen Erkrankung" gesehen werden kann.

Definitionsgemäß sind die Alkoholerkrankten mit 100 % in der Merkmalspalte 'soziale Einpassung' und 'soziale Einordnung' vertreten. Bei allein 10 männlichen Patienten von insgesamt 12 dieser Diagnosengruppe kamen außerdem noch weitere Nennungen innerhalb dieser Spalte hinzu (Verwahrlosung: 7; Kriminalität: 2; soziale Randgruppe: 1). Es sind aber auch ohne die Alkoholerkrankten immer noch 43 % der Patienten sozial nicht angepaßt.

Auch die Oligophrenen sind mit 10 von 13 (77 %) in dieser Spalte überhäufig vertreten (Verwahrlosung: 7; Sucht: 2; Kriminalität: 4; soziale Randgruppe: 1).

Ohne diese beiden Diagnosegruppen, die infolge der Erkrankungs- oder Behinderungsart überhäufig hier vertreten sind, fallen auf die restlichen Diagnosen immer noch 24 (30 %) Patienten, die Nennungen in dieser Spalte aufweisen. Hier sind allein die 45 Psychosen insgesamt (14 Schizophrene, 5 Psychotiker) mit 19 Patienten gehäuft, nämlich mit 42 % vertreten (Verwahrlosung: 11; Kriminalität: 6; Sucht: 5; soziale Randgruppe: 6).

Von den 16 Frauen waren 5 (31 %) vor der stationären Aufnahme sozial nicht angepaßt (neben der 1 Alkoholikerin zeigten noch 2 weitere Patientinnen Suchtzüge und 2 Patientinnen Verwahrlosungstendenzen). Im Vergleich zu den 64 Männern insgesamt mit 41 (64 %) Nennungen scheinen die 5 der 16 Frauen (31 %) auch in diesem sozialen Punkt mehr als doppelt so stabil wie die Männer.

Neben den 13 Oligophrenen, im Mittel mit 27,9 Jahren, zeigen die 34 Schizophrenen, im Mittel mit 33,9 Jahren den frühesten sozialen Abstieg. Dabei weist die Spannweite von 12 - 54 Jahren bei den Oligophrenen resp. 14 - 74 Jahren bei den Schizophrenen auf die sehr unterschiedlichen Ausgangsalter des sozialen Abstieges dieser beiden diagnostischen Subgruppen hin. Für beide galt ein relativ frühes manifestes Erkrankungsalter (s. Abbildung: Manifestes Erkrankungsalter, S. 179), das sich auch nochmals im frühgelegenen sozialen Abstieg dokumentiert.

Entsprechend dem später gelegenen manifesten Erkrankungsalter haben die 11 Psychotiker im Mittel mit 57,6 Jahren und die 12 Alkoholiker, im Mittel mit 55 Jahren, einen relativ späten sozialen Abstieg, d.h. also etwa 10 Jahre vor dem normalen Rentenalter. Jedoch ist auch hier die Spannweite der unterschiedlichen Ausgangsalter des sozialen Abstieges relativ hoch (Psychotiker zwischen 44 - 74 Jahren; Alkoholiker 29 - 72 Jahren).

Sozialer Abstieg und Geschlecht

Bei 3 (19 %) von 16 Frauen erfolgte bis zum Zeitpunkt der Spätkatamnese kein eigentlicher sozialer Abstieg, d.h. sie waren zumindest durch keine Pflegschaft ihrer bürgerlichen Verantwortlichkeit enthoben.

Eine bei der Verlegung 42-jährige Schizophrene (1733) war zwar geschieden, lebte aber im familiären Verbund. Eine andere, bei der Verlegung 36-jährige schizophrene Patientin (1734) war zwar 31-jährig berentet, wurde aber von ihrem Mann mitversorgt.

Die eine an Alkoholmißbrauch Erkrankte, bei der Verlegung 54-jährig, (1512) lebte im Kreise ihrer Familie in der BRD (früher selbständig).

Eine bei der Verlegung 58-jährige psychotische Patientin (0610) war zwar nach dem Tod ihres Mannes 33-jährig aufgrund eines Herzklappenfehlers berentet worden, wurde aber nach 4-monatigem stationären Aufenthalt in die Familie entlassen und verstarb 67-jährig, wobei die Todesursache ungeklärt blieb.

Bei 4 (6 %) von den 64 Männern kann bis zu ihrer Einweisung oder Entlassung von keinem sozialen Abstieg gesprochen werden.

Ein bei der Verlegung 61-jähriger Patient (1206) mit der Diagnose 'cerebrales Anfallsleiden mit Wesensveränderung' war zwar wegen einer Hirnverletzung während der Wehrdienstzeit 32-jährig 70 % erwerbsgemindert (selbständiger Optiker), 49-jährig vorzeitig berentet, lebte aber noch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese mit seiner Frau (Krankenschwester), die ihn versorgte.

Ein bei der Verlegung 34-jähriger Oligophrener (0401) wurde von seiner hochbetagten Mutter betreut, bis diese infolge einer Erkrankung der Pflege des Sohnes nicht mehr gewachsen war, so daß es zur klinischen Aufnahme kam. Es bestand weiterhin ein guter emotionaler Kontakt zur Mutter, der von beiden getragen wurde. Der Patient wurde in ein neueröffnetes heilpädagogisches Zentrum entlassen und verstarb dort 41-jährig aufgrund von Herz- und Kreislaufversagen post operationem (Leistenhernie).

Ein bei der Verlegung 71-jähriger Patient (0601) mit der Diagnose einer Involutionsdepression im Alter wurde nach Hause zu seiner Frau entlassen, bezog eine hohe Rente und verstarb 74-jährig.

Ein bei der Verlegung 27-jähriger schizophrener elsässischer Patient (1708) arbeitete nach seiner Entlassung in seinem Beruf in der BRD weiter. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese war er nicht auffindbar.

Anz.	Diagnosen	Anz. d. Frauen von 16 Mittel i. Jahren (Spannweite)	Anz. d. Männer von 64 Mittel i. Jahren (Spannweite)	Kein sozialer Abstieg bis zur Katamnese ♀	Kein sozialer Abstieg bis zur Katamnese ♂	wegen Progredienz des Leidens nicht eruiert
2	präsenile oder senile Demenz	1 69 J	1 22 J.			
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	1 29 J.	3 von 5 40,6 J. (26 - 53 J.)		1	1 ♂
1	Persönlichkeits-störung		1 50 J.			
13	Oligophrenie		12 von 13 27 J. (12 - 54 J.)			
12	Alkoholismus		11 55 J. (29 - 72 J.)	1	1	
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	3 von 4 60,6 J. (53 - 69 J.)	6 von 7 59 J. (44 - 74 J.)	1	1	
34	Schizophrenien	7 von 9 43,4 J. (25 - 74 J.)	24 - 25 30,4 J. (14 - 44 J.)	2	1	
1	nicht klassifizierbar		1 50 J.			
80	Mittel i. Jahren	12 Frauen von 16 48,6 Jahren (25 - 74 J.)	59 Männer von 64 37,4 Jahren (12 - 74 J.)	4 ♀	4 ♂	1 ♂

Tabelle 24 Durchschnittliches Lebensalter des sozialen Abstiegs nach Geschlecht (Spannweite bei mehr als 1 Pat.)

Das Lebensalter der 13 von 16 Frauen, die einen sozialen Abstieg aufwiesen, belief sich im Mittel auf 48,6 Jahre. Die 59 von 64 Männern zeigen im Mittel mit 37,4 Jahren ein um ein gutes Jahrzehnt früher liegenden Zeitpunkt des sozialen Abstiegs. Dieser frühere soziale Abstieg im Vergleich zu den Frauen wird durch die Oligophrenen mit ihren frühen Behinderungen und durch die jungen männlichen Schizophrenen hervorgerufen, die einmal psychisch erkrankt und nicht angemessen rehabilitiert sozial nicht mehr "auf die Beine kommen".

Die Annahme, daß sich die Frauen bezüglich der sozialen Bewährung und hinsichtlich eines späteren Lebensalters des sozialen Abstieges im Vergleich zu den Männern als sozial stabiler erweisen, ließ sich für die schizophrenen Patienten bestätigen, nicht zuletzt wegen des späteren manifesten Erkrankungsalters der weiblichen Patienten, dieser Diagnosengruppe. Es läßt sich hier vermuten, daß die Frauen aufgrund ihrer vielfältigen Aufgabenbereiche im Haushalt und Beruf früh gelernt ha-

ben, sich unterschiedlichen Situationen anzupassen und flexibler in Belastungssituationen zu reagieren. Die anderen psychotischen Erkrankungen zeigen bezüglich des Lebensalters des sozialen Abstieges zwischen Männern und Frauen keinen Unterschied, wobei die Letzteren insbesondere an paranoid-halluzinatorischen Psychosen erkrankten, die bei den Frauen ohnehin später als bei den Männern auftreten (Spannweite bei Frauen: 53 - 69 Jahre; Männer: 44 - 74 Jahre).

5.3.2.1 Schichtzugehörigkeit und sozialer Abstieg

In einer Studie mit 100 erwachsenen Patienten des Institutes für psychogene Erkrankungen der AOK Berlin, deren Sozialdaten nach einer 2-Schichteneinteilung (aktuelle Tätigkeit: A als Arbeiter, einfache Angestellte und niedere Beamte, Kleingewerbetreibende; und B als höhere Angestellte, Beamte oder selbständige Gewerbetreibende) untersucht wurden, wurde festgestellt, daß kein Zusammenhang zwischen der neurotischen Erkrankung und dem sozialen Abstieg besteht und dieser insgesamt keine Rolle spielt (RUDOLF 1973, 139).

Im Vergleich zur neurotischen Erkrankung und im Gegensatz zu dem obigen Ergebnis läßt sich vermuten, daß ein sozialer Abstieg von insbesondere chronisch Erkrankten "psychiatrischer Fälle" u.a. auch abhängig von der prämorbiden Schichtzugehörigkeit ist.

Anz.	Diagnosen	Schicht III		Schicht IV		Schicht V	
		Sozialer Abstieg Anz. der Pat. Mittel i. Jahren (Spannweite)	Kein sozialer Abstieg	Sozialer Abstieg Anz. der Pat. Mittel i. Jahren (Spannweite)	Kein sozialer Abstieg	Sozialer Abstieg Anz. der Pat. Mittel i. Jahren (Spannweite)	Kein sozialer Abstieg
2	präsenile oder senile Demenz	1 22 J.		1 69 J.			
6	andere organisch psychiatr. Erkrankg.	3 41,6 J (29 - 53 J.)	1			1 26 J.	1 nicht eruiert
1	Persönlichkeitsstörung					1 50 J.	
13	Oligophrenie			1 25 J		11 27 J (12 - 54 J.)	1
12	Alkoholismus	10 57,3 J. (44 - 72 J.)	1			1 29 J.	
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychosen	3 62,6 J (54 - 74 J.)	1	4 58,2 J (44 - 69 J.)	1	2 57,5 J. (49 - 66 J.)	
34	Schizophrenien	10 31,5 J. (24 - 39 J.)	2	9 43,3 J. (27 - 74 J.)	1	12 27,5 J. (14 - 44 J.)	
1	nicht klassifizierbar			1 50 J.			
80	Gesamt	27 45,5 J. (22 - 74 J.)	5	16 47,9 J. (25- 74 J.)	2	28 30,2 J. (12 - 66 J.)	1

Tabelle 25 Schichtzugehörigkeit und durchschnittliches Lebensalter des sozialen Abstiegs (Spannweite)

Eine hieraus resultierende These ist:

Je niedriger der sozioökonomische Status, desto sicherer ist ein sozialer Abstieg.

Das durchschnittliche Lebensalter des sozialen Abstieges beträgt noch in Schicht III bei 27 von 32 Patienten im Mittel 45,5 Jahre und bewegt sich zwischen 22 - 75 Jahren (Spannweite). Im Vergleich hierzu sind die 28 von 29 Patienten der Schicht V um 15 Jahre jünger, nämlich durchschnittlich 30,2 Jahre (Spannweite: 12 - 66 Jahre) zum Zeitpunkt ihres sozialen Abstiegs. Das frühe Lebensalter des sozialen Abstieges aus Schicht V betrifft wieder insbesondere die beiden diagnostischen Untergruppen der Oligophrenen und Schizophrenen.

5 Patienten von 32 (16 %) aus Schicht III erfuhren im Verlauf ihrer Erkrankung keinen sozialen Abstieg, ebensowenig 2 Patienten von 18 (11 %) aus Schicht IV. Aus Schicht V schaffte dies nur 1 Patient von 29 (3 %), wobei es fraglich ist, ob man bei diesem einen Patienten (0401) mit der Diagnose: Imbezillität bei Morbus Langdon Down von einem sozialen Status überhaupt sprechen mag, den im Grunde nur seine Mutter innehatte, die sich aber nie der Verantwortlichkeit entzog.

Es scheint sich also zu bestätigen, daß - als Folge oder Ursache ihrer Erkrankung - Patienten aus der untersten sozialen Schicht (V) im Vergleich zu Patienten aus einer höheren Schicht (III) weniger Chancen haben, mit belastenden Verhältnissen ihrer persönlichen Realität und den Arbeitsbeziehungen fertigzuwerden und dadurch weniger Chancen haben, länger ein sozial anerkanntes Leben zu führen.

5.4 Wohnverhältnisse vor stationär-psychiatrischer Behandlung

Obwohl sich eine ganze Anzahl von Patienten (13) vor der Verlegung in die kleinere Klinikeinheit schon mehr als 10 Jahre in der Großklinik befunden hatten, sind gerade für die Fragestellung des chronischen Verlaufes in Abhängigkeit von Vorhandensein oder Fehlen einer familialen Bezugsperson die Wohnbedingungen, in denen die Patienten vor ihrer

stationären psychiatrischen Aufnahme sich aufhielten, wichtig. Wie, wo oder mit wem die Patienten lebten vor ihrer stationären Behandlung, macht eine Aussage über eine damals grundsätzlich vorhandene oder nicht vorhandene Möglichkeit einer sozialen Einbettung außerhalb eines institutionellen Rahmens.

Es ist nun folgende Annahme zu überprüfen:

Chronisch-psychiatrische Patienten leben vor ihrer stationär psychiatrischen Behandlung eher außerhalb eines persönlichen Familienbezuges.

Anz.	Diagnosen	mit Familie u./oder Partner	zur Untermiete oder bei Arbeitgeber	Allein in eigener Mietwohnung	Institution	Anderes oder wohnungslos	in Krankengeschichte nicht erfaßt
2	präsenile oder senile Demenz			1 (50 %)	1 (50 %)		
6	andere organisch psychiatr. Erkrankg.	4 (67 %)		1 (17 %)	1 (17 %)		
1	Persönlichkeitsstörung	1 (100 %)					
13	Oligophrenie	4 (31 %)			7 (54 %)	1 (8 %)	1 (8 %)
12	Alkoholismus	4 (33 %)		4 (33 %)	1 (8 %)	2 (17 %)	1 (8 %)
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	2 (18 %)		7 (64 %)	1 (9 %)	1 (9 %)	
34	Schizophrenien	15 (44 %)	4 (11 %)	9 (26 %)	2 (6 %)		4 (12 %)
1	nicht klassifizierbar					1 (100 %)	
	Insgesamt	30	4	22	13	5	6
80			44				
	%	38 %	5 %	28 %	16 %	6 %	8 %
			55 %				

Tabelle 26 Wohnverhältnisse vor stationär psychiatrischer Behandlung in Absolut- und Prozentzahlen

Es ergibt sich folgendes Bild:

Immerhin lebten 30 (38 %) von 80 Patienten im familiären Rahmen; 22 (28 %) allein in eigener Mietwohnung; 4 (5 %) in Untermiete (2 Patienten) oder beim Arbeitgeber (2 Patienten); 13 (16 %) waren in Institutionen untergebracht; 5 waren wohnungslos oder lebten in anderen Unterkünften (z.B. Laube). Von weiteren 6 Patienten (8 %) waren die Wohnverhältnisse vor der stationär-psychiatrischen Behandlung nicht erfaßt, wobei ein männlicher schizophrener Patient (1715) mit einem Erkrankungsalter von 25 Jahren eher zu einer sozialen Randgruppe (Bahnhof Zoo) gehörte und vermutlich wohnungslos vor seiner Aufnahme war.

Daß sich 7 von 13 Oligophrenen (54 %) vor ihrer Aufnahme in Institutionen aufhielten, ist aufgrund ihrer frühen Behinderung, die im normalen Alltag für deren Familien nicht mehr tragbar waren, zu verstehen. Stimmig ist auch, daß weitere 4 (30 %) dieser diagnostischen Untergruppe im familialen Bezugsrahmen lebten, da es sich primär um jüngere Patienten handelte.

Auffallend sind 7 von 11 Psychotikern (64 %), die allein lebten. Nur 2 (18 %) Patienten wohnten vor ihrer stationär psychiatrischen Behandlung mit Partnern oder der Familie. Vermutlich sind Züge und Verhaltensweisen der prämorbiden Persönlichkeit dieser Patienten ausschlaggebend dafür gewesen, daß es zu wenigen Eheschließungen (6) kam oder diese bald scheiterten (bei 3 Patienten), wobei eine Partnerschaft eher noch präventive Funktion in einer Krisenzeit hätte übernehmen können (s. Kap. III.1.2 Bedeutung der Partnerschaft, S. 147). Außerdem handelte es sich um eine Diagnosengruppe mit eher spätem Erkrankungsalter, so daß das prämorbide "Alleinleben" schon im Vergleich zu einer jüngeren Patientengruppe von deren Alter her gegeben war.

Die schizophrenen Patienten und ihre Wohnverhältnisse vor der stationären Aufnahme

Von den 34 schizophrenen Patienten, die im Vergleich zu den anderen psychiatrischen Fällen (außer den Oligophrenen) tendenziell eher eine junge Patientengruppe darstellten, lebten vor der stationär psychiatrischen Aufnahme insgesamt 15 von 34 (44 %) in einem familialen Bezugsrahmen. 6 dieser 15 Patienten lebten prämorbid verheiratet zusammen mit ihrem Partner, die Hälfte davon auch mit 2 Kindern. 9 dieser 15 Patienten lebten bei ihren Eltern oder anderen familialen Bezugspersonen.

Es stellt sich nun die Frage, ob die 9 von 34 (26 %) der schizophrenen Patienten, die vor ihrer Behandlung alleine lebten, altersmäßig sich von den 9 Patienten, die mit der Familie lebten, unterscheiden, d.h., ob die Letzteren jünger waren und deshalb in der Familie lebten oder ob es sich bei diesen Familien um solche handelt, die eher klammernd waren und den latenten Abhängigkeitswünschen der Betroffenen nichts entgegensetzten.

Für die 30 schizophrenen Patienten, bei denen aus den Krankheitsgeschichten hervorging, wo sie sich vor ihrer stationären Behandlung aufhielten, besteht folgende Verteilung des durchschnittlichen Erkrankungsalters (geordnet nach den Wohnverhältnissen und dem Verbleib zum Zeitpunkt der Spätkatamnese).

	9 Patienten	6 Patienten	4 Patienten	9 Patienten	2 Patienten
prämorbide Wohnverhältnisse	bei Eltern o. and. familialen Bezugspersonen	bei Partner u. Familie	zur Untermiete (2 Pat.) beim Arbeitgeber (2 Pat.)	allein in eigener Mietwohnung	in Institutionen
Mittel d. Erkrankungsalters i. Jahren (Spannweite)	19,5 Jahre (14 - 29 J.)	30,1 Jahre (21 - 40 J.)	28 Jahre (26 - 32 J.)	38,6 Jahre (19 - 72,5 J.)	20,5 Jahre (15 - 26 J.)
Verbleib zum Zeitpunkt d. Spatkatamnese	4 i. kl. Klinikeinh. 3 außerhalb: (1 allein 1 b. Eltern; 1 Rehab. Heim d. Großkl. 1 Wiederaufn. 1 verstorben	2 i. kl. Klinikeinh. 2 außerhalb: 1 mit Partner 1 allein 1 Wiederaufn. i. Großklinik 1 Rückverleg. i. Großklinik	1 Kl. f. Chronisch-Kranke 1 Heim 1 unbekannt verzog. 1 verstorben	2 i. kl. Klinikeinh. 2 außerhalb: 1 allein i. Mietwhg. 1 i. ÜbergangsWG 2 Wiederaufnahmen: 1 Großklinik 1 Landesnerv. Kl. (BRD) 3 verstorben	1 Rehab. Heim d. Großklinik 1 Wiederaufnahme i. Großklinik

Tabelle 27 Prämorbide Wohnverhältnisse von 30 schizophrenen Patienten, durchschnittliches Erkrankungsalter i. Jahren (Spannweite) und ihr Verbleib zum Zeitpunkt der Spatkatamnese

Der Überblick läßt erkennen, daß erwartungsgemäß das Erkrankungsalter der 9 schizophrenen Patienten, die bei den Eltern oder anderen familialen Bezugspersonen lebten, im Mittel um fast 10 Jahre früher liegt, als bei den 9 Patienten, die allein in eigener Mietwohnung leben. Es gab aber auch in der Gruppe der Alleinlebenden 3 jüngere Patienten (19, 21 und 26 J.), die vor dem Manifestwerden ihrer Erkrankung die Ablösung aus dem Elternhaus schafften.

Diesen gegenüber stehen die 9, im Mittel weniger als 20 Jahre alten Patienten (Spannweite 14 - 29 J.), die, obwohl sie bei elterlichen Bezugspersonen lebten, jedoch familialen Bedingungen ausgesetzt waren, die vermutlich pathogenen Charakter hatten.

So gab es 5 männliche Patienten (1714, 1716, 1717, 1727, 1731), die allein mit ihren Müttern lebten und ein weiterer männlicher Patient (1712), der prämorbid - nach dem rasch aufeinanderfolgenden Tod seiner Eltern (symbiotische Beziehung?) bei seiner schizophrenen Tante mit denselben Wahnideen (Folie à deux) wohnte. Diese 6 Patienten scheiterten alle an der Schwelle zur sexuellen Ausreifung infolge der engen Bindung und der teilweise ver-

führerischen Beziehung (Partnerersatz) zu weiblichen, familialen Bezugspersonen (aus unvollständigen Familienkonstellationen). Die inzestuöse Latenz dieser Patienten wurde ihnen zum Konflikt. 3 weitere Patienten lebten mit einem Elternpaar, deren Beziehungsformen große Ambivalenzen aufzeigten (2 dieser Patienten (1724, 1730) scheiterten auch an derSexualität). So mußte diesen 9 Patienten die Ablösung von familialen Bindungen noch vor ihrer manifesten Erkrankung mißglücken: Eine Einbettung in einem familialen Bezugsrahmen gereichte ihnen statt zum Schutz eher zum Verhängnis.

Betrachtet man nun noch einmal die Kohorte insgesamt, so läßt sich feststellen, daß - der Annahme entsprechend - die chronisch psychiatrischen Patienten vor ihrer Aufnahme mit 44 von 80 (55 %) tendenziell außerhalb eines familialen Bezugsrahmens lebte, der präventiv wirken und in einer Orientierungs- und Lebenskrise hilfreich sein kann, insbesondere auch hinsichtlich einer sozialen Rückkehr der psychisch Erkrankten.

Wie bei den jungen schizophrenen Patienten jedoch zu sehen war, ist ein familialer Bezug nur bedingt positiv zu bewerten. In jedem Fall sind insbesondere die Söhne von alleinstehenden Müttern, u.a. aufgrund der inzestuösen Versuchungssituation, eher gefährdet, so daß es zu pathogen wirksamen Bindungen kommt, die schwer lösbar sind. So sind 3 Patienten mit starken Bindungen zu weiblichen Bezugspersonen in der kleineren Klinikeinheit verblieben.

Ein weiterer Patient (1717) hatte seit seiner Entlassung aus der kleinen Klinikeinheit verschiedene Wiederaufnahmen in der Großklinik, aus der er zwischenzeitlich wieder zur Mutter zurückkehrte, die selbst schizoid ist und den Sohn nicht für krank (aber für "einen schönen Mann") hält. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befand sich dieser mit 20 Jahren erkrankte Patient (die Mutter ertappte ihn beim 1. GV; starke homoerotische Mord- und Gruselphantasien) erneut in der Großklinik.

6.0 Vermutete auslösende Konfliktsituation

Es wurde - bezogen auf die psychiatrische Erkrankung - eine multifaktorielle Verursachung angenommen. Wie in den vorigen Kapiteln - insbesondere zur Familien- und Eigengenese, in denen ein stückweises Zusammensuchen möglicher pathogener Faktoren erfolgte - so sollen nun auch in den folgenden Kapiteln die vermuteten auslösenden Faktoren der Konfliktsituation zusammengetragen werden.

Außer bei den mehr organisch bedingten Störungen, konstitutionellen oder genotypischen Faktoren einiger Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand, handelt es sich - ebenso wie bei den neurotischen Erkrankungen - auch bei den psychischen Störungen "psychiatrischer Fälle" um unbewußte Konfliktspannungen, die im Symptom ihren Ausdruck finden.

Zu intrapsychischen Konflikten kommt es infolge widersprechender Triebe und Strebungen und Diskrepanzen zwischen persönlichen und Umweltansprüchen. Nach SCHULTZ-HENCKE (1927; bei BACH 1968, 5) lassen sich zumindest bei akut psychotisch Erkrankten Zusammenhänge zwischen erworbener Psychosestruktur und Schicksalskonstellation feststellen. Will man die auslösenden Umstände verstehen, so müssen alle bedeutsamen Faktoren in die Betrachtung miteinbezogen werden. Das betrifft einmal "die bedeutsamen Faktoren in der auslösenden Versuchungs- und Versagungssituation sowie (die) von möglichst vielen für die Gegenwart und Zukunftsplanung des Patienten ..." (BACH 1968, 5). Fehlt nämlich nur ein zufälliger Faktor "in der jeweiligen spezifischen Kombination der auslösenden Umstände", - so wäre keine Psychose zustande gekommen.

Für viele der chronischen Patienten (insbesondere der Psychotiker) ist - falls sie nicht schon in der Krankengeschichte festgehalten wurden - diese spezifische Qualität der pathogenen auslösenden Faktoren, bei denen Patienten "subjektiv im Gegensatz zu anderen Menschen keine Auswege der Hoffnung mehr beschieden sind", (SCHULTZ-HENCKE bei BACH 1968, 5) nur schwerlich zu erfassen.

Zur Verständniserweiterung dieses Bereiches sollen nun kurz die im neurosenpsychologischen Sinne wirksam auslösenden Versuchungs- und Versagungssituationen und zwei wichtige Abwehrmechanismen (insbesondere häufig bei psychiatrischen Fällen) skizziert werden.

Die symptomauslösende Anlaßsituation ist in vielen Fällen eine Versuchungs- und Versagungssituation, in der bislang erfolgreich abgewehrte Bedürfnisse und Triebansprüche zur Realisierung drängen ("Versuchung"). Diese müssen aus inneren oder äußeren Gründen besonders stark abgewehrt werden ("Versagung"), da eine angemessene und plastische Bewältigung aktueller Umweltkonflikte durch eine chronifizierte (pathogene) Anpassung an frühkindliche Erlebens- und Verhaltensweisen verunmöglicht wird. Die Versuche, den Konflikt zu überwinden und zu lösen mobilisieren die sogenannten Abwehrmechanismen. Dies sind im Laufe der Entwicklung erlernte - unbewußt gewordene - Auseinandersetzungsmöglichkeiten, die erst - dadurch, daß sie nicht mehr altersgerecht und angemessen sind - aktuell pathogenen Charakter erhalten.

Hierzu gehört der Vorgang der Regression - bei der Mehrzahl psychisch Kranker durch ihre Institutionalisierung und die darin erfahrene Versorgung erheblich vertieft - in der durch Rückzug auf ein frühes Entwicklungsstadium Angst und Zwiespalt abgewehrt werden. Gleichermaßen werden Stufen der infantilen Sexualität und infantile Formen von Objektbeziehungen (z.B. beim Alkoholiker Regression auf die Saugphase) wiederbelebt. Die Regression zum Narzißmus ist die Regression des Ichs aus den Objektbeziehungen auf sich selbst, z.B. in extremer Form in (psychotischen) Größenphantasien, oder im katatonen Stupor.

Außerdem haben Süchtige als Resultat früher Verwöhnungseffekte oder infolge kumulativer Traumata (z.B. Mutter versagte Schutzfunktion) eine unzureichende Affekttoleranz - insbesondere gegenüber Angst und Depression entwickelt mit starken Abhängigkeitswünschen und schlechter Aggressionsabwehr. Die Sucht als Selbstheilungsversuch kann u.a. als mißglückter Anpassungsmechanismus verstanden werden bzw. er betrifft eine adaptive kompensierende Ich-Funktion zur Spannungsreduktion, die die Gefahr der Desintegration des Selbst abwehren soll (LÜRSSEN 1974, 145 ff.). Die Sucht kann in jeder Lebensphase auftreten und ist da-

durch weniger an eine einzugrenzende Konfliktsituation gebunden als z.B. bei psychotischen Erkrankungen.

Ein weiterer Mechanismus, der insbesondere auch bei psychotischen Erkrankungen als mißgluckter Konfliktlösungsversuch eingesetzt wird, ist die Projektion. Beim Vorgang der Projektion werden eigene abgelehnte Triebtendenzen (z.B. Projektion sexueller Inhalte zu Formen des Liebeswahnes, aber auch sexuelle Wünsche und Bedürfnisse im weitesten Sinne) und Impulse (so auch mörderisch-aggressive) nicht im Inneren als solche wahrgenommen oder als dem Individuum zugehörig erlebt, sondern als von außen kommend oder Personen der Umwelt zugeschrieben. Sie werden projiziert.

Der Krankheitsausbruch als psychosoziale Antwort auf eine Lebenskrise stellt eine mangelnde Anpassung an eine geänderte Umgebung dar, z.B. die psychotische Dekompensation kommt einem archaischen Versuch, die eigene Identität zu bewahren, gleich (HINTERHUBER 1973, 542).

Im Laufe des Lebens tritt eine weitgehende Verflechtung von Ich und Umwelt ein. So ist der Ausbruch einer Alterspsychose stärker von den Umweltbedingungen abhängig als in früherem Lebensalter (MÜLLER 1967 u. 1981). Es bestehen statistisch signifikante Korrelationen zwischen psychischen Erkrankungen im Alter und Vereinsamung, Verlust von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, niedrigem sozioökonomischen Status und schlechten Wohnbedingungen (CIOMPI 1973, 1001). Vermutlich trifft der Verlust von Ansehen, Habe und Heimat für viele weitere - aus den besetzten Ostgebieten stammenden - Patienten als Anlaßsituation unbewältigbarer Konflikte zu. Das soll u.a. in Kapitel III.6.4 überprüft werden.

Traumatisierende Anlaßsituationen können aber auch bei jüngeren schizophrenen Patienten neben schweren mitmenschlichen Verlusten und Erschütterungen, "jahrelange Bedrohungen der leiblichen und personalen Sicherheit" sein (V. BAEYER 1966, 15 f.).

Der psychopathologischen Verarbeitung schwerer mitmenschlicher Verluste soll ein weiteres Kapitel gewidmet werden.

Im Rahmen der psychophysischen Entwicklung und Ausreifung können die sogenannten Schwellensituationen des Lebens zu Reifungskrisen werden, die infolge ihres Versuchungs- und Versagungscharakters symptomauslösend werden (z.B. Kindergarten, Schuleintritt, Pubertät, Sexualität, Beruf, Geburt eigener Kinder, deren Ablösung aus dem Elternhaus, Klimakterium, Pensionierung, Tod naher Angehöriger usw.). Im folgenden Kapitel sollen nun einige wenige Schwellensituationen, die aus den Beschreibungen in den Krankengeschichten zu entnehmen waren, dahingehend überprüft werden, ob sie dem Betroffenen als Reifungs- und Entwicklungsschritt gelungen bzw. mißlungen sind.

6.1 Phasentypische Schwellensituationen

Zu psychiatrisch relevanten Entwicklungskrisen kommt es, wenn Entwicklungsaufgaben nicht oder falsch gelöst werden, d.h. ein starres Festhalten an vertrauten Verhaltensmodi oder ein Rückfallen (Regression) in Verhaltensmuster, Rollen, Reaktionsweisen und Einstellungen, die für eine frühere Entwicklungsstufe adäquat wären, erfolgt. Entwicklungsaufgaben können einmal aus den biologisch-physiologischen Reifungs- und Umstellungsprozessen entstehen (insbesondere in Pubertät, Lebenswende und Alter), zum anderen von den soziokulturellen Faktoren, die die Erfahrung determinieren (Normen der Umwelt) abhängig sein. Darüber hinaus können sie durch die im Sozialisationsprozeß verinnerlichten Erwartungen und Wertvorstellungen im Rahmen der Selbstwerdung bestimmt werden (HAVIGHURST 1963).

Insbesondere der Übergang von einem biosozialen Status des Individuums in einen anderen ("Schwellensituation"), der mit der Veränderung von Pflichten, Verantwortung und Vorrechten, aber auch der Minderung oder realistischeren Einschätzung eigener Möglichkeiten oder vertaner Chancen einhergeht, wird in vielen Fällen konflikthaft erlebt. In manchen Fällen führt diese Krise reaktiv zu einer psychischen Erkrankung.

Eine vereinfachte Darstellung der Merkmale einer jeden (nicht nur der pathologischen) Krise (POERKSON 1970, 85 ff.) betrifft fünf Kriterien:

1. Akute psychische Kumulation.
2. Deutliche Verhaltensänderung: Rückzug und Depression.
3. Subjektives Erleben von Hilflosigkeit und Ineffektivität (der bislang vertrauten umgebenden Personen).
4. In deren Folge: Starke innere Gespanntheit mit situativer und affektiver Einengung. Verkennung der momentanen Situation, deshalb Aussprache kaum mehr möglich.
5. Die scheinbar ablehnende Umwelt wird gefährlich und bedrohlich erlebt. Daraus resultierende Verlassenheitsängste und Gefühle der Schutzlosigkeit.

So werden Pubertätskrisen auch als "Karikatur" normaler Schwierigkeiten von umschriebenen Phasenabläufen verstanden (KRETSCHMER 1949). Sie sind gekennzeichnet durch ihre Trias von Autoritäts-, Identitäts- und Sexualkonflikten. Eine Kumulation von Selbstwertkonflikten und erlebten Macht- und Ohnmachtsgefühlen kann z.B. im Vaterprotest, im Protest gegen bestehende Ordnungen und Zwänge - (der in Aggressivität und Kriminalität münden kann), in der Weglaufthematik (mit Gefahr der sexuellen Verwahrlosung) ihren Ausdruck finden. So können Schulschwierigkeiten nicht nur mit gestörten Leistungen, sondern auch mit Rivalitäts- und Autoritätsproblemen zu tun haben. (Diese wurden schon in Kap. III.5.2 - Ausbildung und Beruf - näher beschrieben.)

Identitätsprobleme entstehen u.a., wenn die Selbstentwicklung und Differenzierung im emotionalen, kognitiven und moralischen Bereich während unterschiedlicher Phasen jugendlicher Ablösung von den Eltern nicht mitgetragen oder sogar noch behindert werden. Die Unsicherheit über die eigene Identität im weiteren Sinne kann als narzißtische Krise im Ringen um ein autonomes Ich gedeutet werden (SCHARFETTER 1980, 317). Nach dem psychoanalytischen Entwicklungsmodell erlangt ein Jugendlicher Autonomie und Identität dadurch, daß er Konflikte internalisiert und tolerieren lernt und sich aktiv Partner und Wertvorstellungen außerhalb seiner Familie sucht (STIERLIN 1975).

Mißlingt dies, so können auf dem noch instabilen Boden der Selbstidentität und unter dem Druck familiärer Behinderung oder bedrohlicher außerfamiliärer Begegnungen und Erlebnisse (z.B. bevorstehender Schul-

abschluß, Militärdienst, erste Intimkontakte) Symptome wie Beeinträchtigungserlebnisse mit mißtrauisch-argwöhnischer Umdeutung der Umweltvorgänge sich bis zu psychotischen Zeichen steigern: Depersonalisation, Beziehungswahn, Fremdsteuerung, Paralogik und Zerfahrenheit, psychomotorische Auffälligkeiten usw. (SCHARFETTER 1980, 318).

Sexuelle - und Beziehungskonflikte rühren u.a. daher, daß der Bereich der kindlichen Zärtlichkeitsstrebungen im engeren wie im weiteren Sinn von den Eltern nicht gefördert oder gar strafend tabuisiert wurde; wenn die ödipale Bindung keine Auflösung findet und so gegengeschlechtliche Beziehungen und Bindungen als ängstigend erlebt werden müssen (s. auch Kap. III.5.4, S. 243 f: prämorbide Wohnverhältnisse von männlichen jugendlichen Schizophrenen im Zusammenleben mit weiblichen Bezugspersonen).

Eine Selbstwerdung bedingt zunächst ein Sich-Lösen aus elterlichen Banden. Bei diesem Vorgang spielen die Beziehungsmodi innerhalb der Familie eine bedeutsame Rolle. Abhängig vom Überwiegen einer Beziehungsform wird unterschieden nach (STIERLIN 1977, 279 ff.):

1. Bindungsmodus, d.h. die elterliche Interaktion mit dem Heranwachsenden veranlaßt dessen Verbleiben im elterlichen Umfeld (starke zentripetale Kraft).
2. Delegationsmodus, d.h. der Heranwachsende darf sich aus dem elterlichen Gesichtsfeld entfernen, bleibt jedoch durch die "lange Leine der Loyalität" an seine Eltern gebunden. Die auszuführenden elterlichen "Aufträge" verwickeln ihn in vielfältige Konflikte.
3. Ausstoßungsmodus, d.h., wenn dieser vorherrscht, kommt es zu nachhaltigen Vernachlässigungen und Zurückweisungen der Kinder, da sie von den Eltern als Belastung in der Verfolgung ihrer eigenen Ziele gesehen werden. Die Kinder werden in frühe Ablösungsprozesse gedrängt (starke zentrifugale Kraft).

Gelingt ein altersgemäßer Ablösungsprozeß aus dem Elternhaus, wird der nächste Schritt der Ich-Reifung durch ein zielstrebiges Verfolgen einer Ausbildungs- und Berufslaufbahn und einer Partnerwahl dokumentiert: Der Heranwachsende erwirbt eine gesellschaftliche Stellung und festigt seine Rolle als Mann oder Frau (SPIEL 1972, 860 ff.). Sind die elterlichen Bande jedoch stärker, so scheitern diese ersten Schritte ins Erwachsenenalter. Der Heranwachsende bleibt bis auf weiteres unbewußt

an die elterlichen Weisungen gebunden, falls er überhaupt das Elternhaus verläßt (Bindungs- und Delegationsmodus). Diese Behinderung in der "Selbst"-findung hat pathogen wirksame Kräfte.

Ob die Lebenswende mit ihren biologischen Faktoren (hormonelle Umstellung, Rückbildung, Gesundheitsbeeinträchtigung, Potenzreduktion) und den sozialen Faktoren (vor allem Rücktritt aus dem Beruf und damit Verlust der sozialen Anerkennung) als Krise erlebt oder bewältigt wird, hängt viel von der Persönlichkeit des Betroffenen ab: Ob er das Gefühl hat, in vielem versagt, vieles versäumt zu haben oder ob er auf ein erfülltes Leben zurückblickt, ob er allein ist oder nur in Gemeinschaft leben kann, d.h., ob er selbständig geworden oder hilflos und abhängig geblieben ist. Für die klimakterische Frau kann diese Lebensphase auch deshalb einschneidenden Charakter haben, weil sie mit der Erkenntnis verknüpft ist, nun keine Kinder mehr bekommen zu können und sich so als Frau unvollständig zu fühlen (früher war mit der Menopause auch die Vorstellung verbunden, daß mit ihr auch "die Welt der Vergnügungen", die Sexualität, verloren gehe).

Es kann also eine ungelöste Lebens- und Liebesproblematik in diesem Lebensabschnitt pathogen relevant werden. Findet eine "Anpassung nach unten" im positiven Sinne statt, d.h. eine bewußte wie unbewußte Hinnahme der unvermeidlichen Frustrationen im großen Zusammenhang des Lebens insgesamt (ELLIOT 1965), so kann dieses Erlebnis der "Minderung" einen Mut zur Demut mit sich bringen, der Möglichkeiten schafft, Aufgaben innerhalb und außerhalb der Familie zu übernehmen. Psychiatrisch relevant wird eine Krise der "Rückentwicklung" erst dann, wenn z.B. keine zu betreuende Familie oder Partner existieren und dann bei infantil Gebliebenen die damit verbundene narzißtische Kränkung übermächtig wird, so daß sie sich gegen die Unausweichlichkeit der beschränkten Möglichkeiten wehren und sie eine notwendige Auseinandersetzung mit dem eigenen "Schatten" (unliebsame Eigenschaften; Vorurteile; Projektionen) auch mit dem herannahenden eigenen Tod vermeiden[1].

---

1) Freud's "therapeutischer" Spruch eine antike Weisheitsregel variierend: "Wenn Du das Leben aushalten willst, richte Dich auf den Tod ein" betrifft genau dieses Paradoxon, daß Lebenskraft freigesetzt wird, wenn der Tod persönliche Züge annimmt (FREUD GW X,355)

Bei manchen Betroffenen äußern sich wiederbelebte frühe existenzielle Ängste aus anderen Entwicklungsphasen in Form von Beraubungs-, Verarmungs-, hypochondrischen Untergangs- oder Versündigungsideen (SCHARFETTER 1980, 319), die insbesondere die Wahninhalte der paranoid-halluzinatorischen Psychosen dieses Lebensabschnittes ausmachen.

Aus den beschriebenen biosozialen Vor- und Übergängen (phasentypischen Schwellensituationen) und den daraus erwachsenden Entwicklungsaufgaben oder -einschränkungen soll nun folgende Arbeitshypothese entnommen werden: Eine prämorbide Bewältigung von Schwellensituationen ist den chronisch-psychiatrischen Patienten eher (nur begrenzt) nicht gelungen.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Ausbildung oder Schulabschluß als Reifeschritt nicht gelungen	Altersgemäße Ablösung vom Elternhaus mißglückt	(Aufgenommene) Beziehungen zum and. Geschlecht/Sexualität gescheitert	Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben prämorbid mißlungen (Ehe, Beruf, Familie, Lebensmitte)	nicht erfaßt
2	präsenile oder senile Demenz			1 (50 %)	1 (50 %)	
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	2 (30 %)	3 (50 %)	3 (50 %)	4 (67 %)	1 (17 %)
1	Personlichkeitsstörung	1 (100 %)	1 (100 %)	1 (100 %)	1 (100 %)	
13	Oligophrenie	12 (92 %)	13 (100 %)	12 (92 %)	12 (92 %)	1 (8 %)
12	Alkoholismus	1 (8 %)	1 (8 %)	3 (25 %)	5 (42 %)	
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	1 (9 %)		6 (55 %)	3 (27 %)	
34	Schizophrenien	14 (41 %)	16 (47 %)	27 v. 45 (60 %) 21 (62 %)	25 (74 %)	
1	nicht klassifizierbar	1 (100 %)	1 (100 %)		1 (100 %)	
80	Insgesamt	32	35	47	52	2
	%	40 %	44 %	59 %	66 %	

Tabelle 28 Schwellensituationen nicht bewältigt in Absolut- u. Prozentzahlen

Die Analyse erbrachte folgende Ergebnisse:

32 Patienten (40 %) ist der Reifeschritt eines Schul- oder Ausbildungsabschlusses nicht gelungen. Definitionsgemäß sind hier besonders stark die Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand zu finden (12 von 13 = 92 %). Aber auch die schizophrenen Patienten (wie schon in Kap. III.5.2 - Soziales Merkmal: Ausbildung und Beruf, S. 209 beschrieben) mit 14 von 34 (41 %) sind überhäufig vertreten.

Eine altersgemäße Ablösung vom Elternhaus mißglückte 35 (44 %) Patienten neben den 13 Oligophrenen, von denen fast naturgemäß keinem eine altersgemäße Ablösung aus dem Elternhaus zu einem mehr autonomen Leben möglich war. 16 (47 %) der 34 schizophrenen Patienten schafften diesen Schritt auch nicht. Hier mögen vorherrschende Bindungs- oder Delegationsmodi (die Letzteren können veranlassen, daß ein Kind wieder zurückkehrt: s. auch die Wahrheit des Kinderliedes "Hänschen klein ging allein in die weite Welt hinein, ... aber Mutter weinet sehr ... Hänschen kam nach Haus zurück geschwind") in den Beziehungen der (schizophrenogenen) Familien ausschlaggebend gewesen sein. Die Patienten mit der Diagnose 'andere organisch psychiatrische Erkrankungen' sind mit 3 von 6 (50 %) erstaunlicherweise auch überhäufig vertreten. Bei so niedrigen Populationen muß man notwendigerweise sehr vorsichtig urteilen. Dennoch darf die Vermutung geäußert werden, daß auch bei diesen drei Patienten (bei einem weiteren Patienten konnte die Schwellensituation aufgrund seiner schweren mnestischen Störung nicht erfaßt werden) starke Bindungen an das Elternhaus vorherrschten, vielleicht auch mehr der inneren Not gehorchend aufgrund der früh sich abzeichnenden Störung in der Lebensbewältigung noch vor der manifesten psychiatrischen Erkrankung. Dies war zumindest bei zwei Patienten der Fall.

Die eine weibliche Patientin (0201) mit der Diagnose einer organischen Psychose arbeitete im Büro fünf Jahre und stieg zwei Jahre vor Manifestwerden ihrer Erkrankung sozial ab: Sie arbeitete nicht mehr, die Mutter übernahm die Pflegschaft. 32-jährig erkrankte sie mit dem Bild einer akuten Schizophrenie, verbrachte bei sechs Aufnahmen insgesamt 3 Jahre, 1 Monat, 2 Wochen in der Großklinik und war 1969, 49-jährig, mit der Diagnose eines schizophrenen Defekts in die kleinere Klinikeinheit verlegt worden. Dort wurde ein raumfordernder hirnorganischer Prozeß, ein verkalkendes Meningeom festgestellt. Die Patientin verstarb 1 Monat, 2 Wochen, 4 Tage nach der Verlegungsaktion infolge einer Tumoroperation an einer intracraniellen Blutung.

Insgesamt 47 (59 %) der Patienten sind in der Begegnung mit dem anderen Geschlecht, sei es in der Beziehung, sei es in der Sexualität oder beidem, gescheitert. Hier fallen die 27 von 45 (60 %) Psychotiker insgesamt stark ins Gewicht. Bei den Psychosen (ohne die Schizophrenien) fiel zum prämorbiden Wohnverhältnis (Kap. III.5.4, S. 240) schon auf, daß eine Reihe dieser Patienten (7) alleine und ohne Partner oder Familie lebten. Der Absprung aus dem Elternhaus gelang also, aber ein

Schritt in Richtung neuer Bezogenheit wurde entweder nicht gewagt oder konnte - vermutlich aufgrund der prämorbiden Persönlichkeit - nicht geglückt realisiert werden.

Wie sieht das nun bei den psychotischen Frauen und Männern bezogen auf diesen Belastungsbereich im Geschlechtervergleich aus? Zu 27 Psychosen insgesamt in dieser Spalte gehören 7 von 13 Frauen und 20 von 32 Männern. 7 von 13 Frauen ließen sich prämorbid gar nicht auf eine Beziehung ein. Hier läßt sich ein Scheitern in einem so vitalen Lebensbereich als Konfliktsituation (i.S. der Versuchung und Versagung) nur vermuten.

Zieht man zum Vergleich eine Langzeitstudie von allerdings nur Schizophrenen hinzu (HUBER et al. 1979, 332), die deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in diesem Belastungsbereich zeigen, nämlich vergleichsweise häufigere erotische Konfliktsituationen beim weiblichen Geschlecht (beim männlichen Geschlecht eher berufsbezogene Konflikte), so lassen sich deren Befunde bei dieser, allerdings sehr kleinen Gruppe, nicht bestätigen:

- 54 %, nämlich 7 der 13 Frauen und
- 63 %, nämlich 20 der 32 Männer

sind an diesem Punkt gescheitert. Es ergibt sich hier eher eine inverse Häufung von Konfliktsituationen im sexuellen Beziehungsbereich.

3 von 12 Alkoholerkrankten (25 %) scheiterten auch an diesem Punkt ihrer Lebensbewältigung.

Prämorbid mißlangen Reifeschritte in der Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben von nachfolgenden Lebensabschnitten (wie Ehe, Beruf, Familie, Lebensmitte). Hier sind neben den Patienten mit eher geistigen und organischen Behinderungen (Oligophrene und die Diagnosengruppe 'andere organisch psychiatrische Erkrankungen'), denen erwartungsgemäß Möglichkeiten fehlten, die weiteren Reifeschritte zu vollziehen, aber auch insbesondere die Alkoholerkrankten mit 5 aus 12 (42 %) und die Schizophrenen mit 25 aus 34 (74 %) überhäufig vertreten.

Es läßt sich für die Nichtbewältigung dieser 4 sich fast ablösenden Schwellensituationen des Lebens mit ihren vielfältigen Versuchungs- und Versagungssituationen ein trendmaßiger Anstieg feststellen:

Fällt der Übergang von einem Reifeschritt in den anderen schon früh schwer bzw. findet er überhaupt nicht statt, so kann davon ausgegangen werden, daß weitere Entwicklungsaufgaben eher auch nicht "gemeistert" werden können.

6.2 Situative Bedingungen anderer psychotraumatischer Belastungen

Zur Entstehung psychischer Erkrankungen können auch andere (psycho-) traumatische Bedingungen (mit-) auslösend sein.

Nach Ergebnissen moderner Krisenforschung führt eine steigende Überbelastung i.S. des Stress' (oder straines) allgemein zu erhöhter Spannung, Angst, Irritation und Verwirrtheit bis hin zu Phänomenen der Derealisation und Depersonalisation und im Extremfall sogar zu wahnhaft-halluzinatorischen Erlebnissen. Die Sensory-Deprivation-Experiments, z.B. in den Strafanstalten, haben wiederholt bewiesen, daß grundsätzlich jedermann psychosefähig ist.

Unter dem Begriff Stress werden alle Bedrohungen und Belastungen aus dem inneren und äußeren Bereich zusammengefaßt, die dazu führen können, einen Organismus in akute Spannung zu versetzen und dabei psychophysiologische Abwehrreaktionen auslösen. Die Bedingungen und Belastungen, die einen derartigen Zustand hervorrufen können, werden nur dann wirksam, wenn sie auf eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur mit einer entsprechenden Lebensgeschichte und einer spezifischen Beziehung zur frühkindlichen Objektwelt zusammentreffen. Persönlichkeitsspezifische "Versagungs- und Versuchungssituationen" lassen dann so die "passenden" Stressoren (verursachende Faktoren) pathogen wirksam werden.

Extreme Belastungen, wiederum (wie Frontkämpfe, Gefangenschaft, Flucht) werden allgemein als Stressor, d.h. als traumatisierendes,

angstauslösendes Ereignis erlebt, wohingegen die Mehrzahl der Belastungen und Bedrohungen eher eine - wie oben beschrieben - individuelle Bereitschaft voraussetzen.

So ergab auch die Life-Events-Forschung eindeutig statistische Zusammenhänge zwischen akut-psychotischen Schüben und unspezifischen - für normale oft gar nicht traumatisierenden - Lebensereignissen. Meist betraf es jene, die Wechsel und Neuanpassung erforderten (COOPER 1980, 321 ff.).

Eine Antwort auf bestimmte starke Reize ("Arousel"-Reaction) geht mit bestimmten biochemischen Veränderungen einher, die als biologische "Notfallreaktion" verstanden werden kann, um das gestörte Gleichgewicht des psycho-physischen Organismus' wieder herzustellen. Bezogen auf diese biologischen Reaktionen bestehen z.B. Ähnlichkeiten zwischen der akuten Schizophrenie mit Amphetamin- und anderen toxischen Psychosen. Hierauf jedoch weiter einzugehen, würde den Rahmen dieser Studie sprengen.

Es geht hier nun im wesentlichen darum, situative Bedingungen lebenswichtiger Ereignisse, auch solche rein zufälliger Natur, d.h. spezifische Belastungen und Bedrohungen zu erfassen.

Hierzu wurden:

- Kriegseinwirkung
- eigene schwere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen
- Unterversorgung: längere dauernde belastende Pflege; schwere Krankheit oder Behinderung der Eltern
- einschneidende Veränderungen in sozialer (Ausbildung, Beruf, Arbeitsplatz, wirtschaftlich) wie familiärer Situation
- belastende Konflikte in: Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft, am Arbeitsplatz sowie Religionskonflikte und politische Enttäuschungen

gezählt (HINTERHUBER 1973, 541).

Eine die krankheitauslösenden Bedingungen klarifizierende Arbeitshypothese soll folgendermaßen lauten:

Chronisch psychiatrisch Kranke sind prämorbid vermutlich Belastungen ausgesetzt, die für sie - infolge ihrer Persönlichkeitsstuktur - eine psycho-traumatische Qualität gewinnen und zur auslösenden oder mitauslösenden Konfliktsituation werden.

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Kriegseinwirkung	Unterversorg.: länger dauernde, belastende Pflege, schwere Erkrankung o. Behind.d.Elt.	eigene schwere körperliche Erkrankg.	Einschneidende Veränd. i d.sozial.(Ausbildg, Beruf,wirtschaftl.)wie i. famil. Situation	Belastende Konflikte:Partner;Familie; Nachbarschaft; Religionskonfl. polit. Enttäuschungen	berufsbegl., eher berufsbezog. Erkrankung	nicht erfaßt
2	präsenile oder senile Demenz							1
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	1				1		
1	Persönlichkeitsstörung	1						
13	Oligophrenie		1		1	1		
12	Alkoholismus	3			4	1	4	
11	Psychosen: Zyklophrenie Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	1			1	8		
34	Schizophrenien	4	5	3	7	16 — 24 (von 45)		
1	nicht klassifizierbar	1						
80	Insgesamt	11	6	3	13	27	4	1
	%	14 %	8 %	4 %	16 %	34 %	5 %	

Tabelle 29 Situative Bedingungen anderer psychotraumatischer Erlebnisse in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Bei der vorliegenden Patientenkohorte sah das wie folgt aus:

Es gab 11 (14 %) Patienten, die infolge von Kriegseinwirkung traumatisierenden, teilweise auch unmittelbar auslösenden Belastungen ausgesetzt waren.

Neben den organisch psychiatrisch Erkrankten und den Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand, die definitionsgemäß eigene schwere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen aufwiesen (deshalb wurden sie in dieser Spalte nicht gesondert aufgeführt), waren nur 3 Patienten (4 %) mit schweren organischen Erkrankungen traumatisierend belastet.

Eine Unterversorgung betraf insgesamt 6 (8 %) der Patienten. Eine einschneidende Veränderung in sozialer (Ausbildung, Beruf, wirtschaftlich) wie in familiärer Situation erlebten 13 (16 %) der Patienten als krankheitsauslösendes oder mitauslösendes Ereignis. Belastende Konflikte: Mit Partner; mit Familie; in der Nachbarschaft; Religionskonflikte und politische Enttäuschungen traumatisierten immerhin 27 (34 %) der Patienten. Hier sind einfühlbar mehr als die Hälfte der Psychosen insgesamt mit 24 von insgesamt 45 vertreten, wobei insbesondere eine größere Anzahl von paranoid-halluzinatorischen Psychotikern (6 Psychosen, 5 Schizophrene) beteiligt sind.

Eine berufsbezogene Erkrankung traf auf 4 (5 %) der Patienten zu.

Wie sieht das nun bei den einzelnen Diagnosen aus?

6 andere organisch psychiatrisch Erkrankte: Einmal Kriesgeinflüsse: in Ausbildung als Infanterist wehruntauglich geschlagen.

Einmal Konflikte mit Partner und Nachbarn.

Eine Persönlichkeitsstörung: Bei Kriegsbeginn geboren war der Patient den Kriegswirren ausgesetzt, was sich pathogen auswirkte.

13 Oligophrene: Bei diesen kam es zur klinischen Einweisung unmittelbar wegen

einmal Unterversorgung (durch debile Eltern),
einmal einschneidende Veränderungen der familialen Situation (infolge der Hospitalisierung der Großmutter, die den Patienten betreute),
einmal belastende Konflikte in der Familie,

wobei die Oligophrenen durch ihre frühe Behinderung ein primäres Konfliktpotential mitbringen.

Bei den 12 Alkoholerkrankten (bei sicherlich frühen oralen Versagungen oder Verwöhnungen) gab es 3 Patienten, die u.a. wegen nicht adäquat verarbeiteten Erlebnissen und Verlusten, Kriegseinwirkungen (Gefangenschaft 2mal; 1mal Frau und Kinder von Russen überfahren: tot) kompensatorisch vermehrt tranken.

4 erlebten einschneidende Veränderungen in der sozialen und familiären Situation und bei 4 Patienten kann man von berufsbezogenem oder begleitendem Trinken sprechen (Maurer, Alkoholepilepsie: Arbeiter in Aethylalkoholfabrik; Gastwirt 2mal). Die Alkoholerkrankung tritt nicht plötzlich auf, vielmehr ist es eine über einen längeren Zeitraum sich hinziehende Fehlentwicklung, da keine adäquate Verarbeitung von traumatisierenden Erlebnissen stattfindet und die Konflikte chronisch ungelöst bleiben, die dann infolge der Affektintoleranz des Betroffenen zum Alkoholabusus führen.

Bei einem Patienten (1505) kam es zur ersten klinischen stationären Aufnahme, als er 46 Jahre alt war (Verlegungsalter 67 J.). Nach dem Tod des Vaters (Patient 16 J.) übernimmt er vollverantwortlich (von der Mutter übertragen) den landwirtschaftlichen Betrieb, bis ihn der ältere Bruder bei der Machtergreifung Hitlers (zuvor Gardist beim schlesischen Aufstand) dieser Position beraubte. Er muß den Hof verlassen, kommt nach Berlin (Arbeit in Zementfabrik) und ist bis zur ersten Aufnahme wegen Eigentumsdelikten 13mal vorbestraft. Hier spielt die zugefügte große Kränkung (seiner Position entmachtet) und der Verlust von Heim und Mutter (Partnerersatz?) die traumatisierende, letztlich suchtauslösende Rolle. Die orale Versagung ("Mundraub") findet auch in der permanenten Eigentumsdelikt-Thematik den einfühlbaren Ausdruck.

Bei einem weiteren Patienten (0504) ist die Familiendynamik (Ursprungsfamilie) neben seinem eher berufsbezogenen Trinken (Gastwirt) mitauslösend für seine klinische Aufnahme wegen Alkoholismus gewesen (manifest 58-jährig). Patient stammte ursprünglich aus begütertem Elternhaus (mit Hauslehrer und Angestellten), lernte sich aber früh zu behaupten und Verantwortung zu übernehmen. Als die elterliche Firma Konkurs macht, delegieren die Eltern- die sich hilflos verhielten - die Rettung der Firma und der Familie an die beiden ältesten Söhne (insgesamt 4 Söhne). Die beiden ältesten Söhne waren stark mit der väterlichen Figur identifiziert, so daß sie als rollenverpflichtete die Verpflichtung des Vaters übernahmen. Mit Wegfall des Vermögens und der äußeren Ordnung bricht das innere Chaos los; daraufhin Griff zum Alkohol, der ohnehin zum Alltag gehörte. Patient wurde im Rahmen eines Konkurs-Ermittlungsverfahrens entmündigt, der Bruder (+ 3) suizidierte sich. Nachdem er zum ersten Mal wieder (außerhalb der Klinik) eine Stellung zu aller Zufriedenheit ausfüllte (Empfangschef einer Gebrauchtwagenfirma), verstirbt der Patient 61-jährig infolge eines Myocardinfarktes in der Klinik (nach Aufenthalt von 2 Jahren, 1 Monat, 2 Wochen, 1 Tag; Großklinik 1 Jahr, 4 Monate, 6 Tage bei zwei Aufnahmen). Er versöhnte sich mit dem jüngeren Bruder und dessen Frau und hat nach der ersten sozialen Anerkennung vermutlich das Leben als abgerundet betrachtet.

Aus der Reihe der Psychosen waren 6 Patienten (5 paranoid-halluzinatorische Psychosen und 1 Involutionsdepression mit paranoiden Zügen) belastenden Konflikten mit Hausbewohnern, Nachbarschaft (3mal); mit Heimleiter (1mal); mit Partner (3mal) ausgesetzt. Diese Konflikte mögen auf eine schon ohnehin ängstlich-mißtrauische Persönlichkeitsstruktur mit entsprechenden projektiven Abwehrformen (z.B. eigener latent-aggressive Strebungen) getroffen sein.

Eine ehemalige Verwaltungsangestellte (0609) lag im Streit mit dem Heimleiter. (65-jährig wegen Verwahrlosung sozial-psychiatrischer Dienst); 77-jährig bei der Verlegung; zuvor eine Aufnahme in Großklinik, Verbleib dort 2 Wochen, 3 Tage). Kurz vor der ersten psychotischen Dekompensation erhängte sich der Heimleiter und dessen Frau verbrannte im Bett. Hier wurden wohl die unbewußten Todeswünsche an die Adresse der Heimleitung wahnhaft und schuldhaft erlebt. Die Patientin litt unter Verfolgungsideen, fühlte sich von der 'Gesellschaft Jesu' beobachtet und wehrte ihre Angstzustände mit erhöhter Aggressivität ab. Die Patientin verstarb 79-jährig in einer Klinik für chronisch Kranke (3 Monate, 3 Tage Aufenthalt in kleinerer Klinikeinheit) infolge eines Schlaganfalls.

Es tauchten bei den Psychosen jeweils einmal:

- einschneidende Veränderungen in der sozialen Situation (Beruf);
- politische Enttäuschungen;
- Kriegseinwirkungen (Verschüttung an Front 1917)

als mitauslösendes traumatisierendes Moment auf.

Die 34 Schizophrenien hatten folgende lebensgeschichtlich traumatisierenden Ereignisse durchzumachen:

- Kriegseinwirkung: Flucht 2mal; Wehrdienst und Gefangenschaft 2mal.

Da die schizophrenen Patienten sich bezüglich ihres Geburtsjahres zwischen 1891 bis 1952 bewegen, sie aber insgesamt eine jüngere Patientenuntergruppe darstellen (25 Patienten ab 1924 bis 1952 geboren), können direkte Kriegseinwirkungen als Primärstressor (Frontsoldat, Gefangennahme, Verlust von Hab und Gut als Vertriebene) nicht gelten.

So kam ein 1923 geborener schizophrener Patient (1723) 18-jährig noch an die Front; "als Soldat brach die ganze Welt zusammen"; schon als 12-Jähriger hörte der Patient Beethoven's Neunte an (alles andere war "seichte Musik"); 1946 (nach 1 ½-jähriger Gefangenschaft) begann er, Theologie zu studieren, aber scheiterte in der Folge am Studium. Hier traf das Schauerspiel eines Fronterlebnisses auf einen eher sensiblen Jugendlichen, der jedoch kompensiert lebte bis seine Frau ihn (43-jährig) verließ.

Es läßt sich aber annehmen, daß die Kriegswirren für die ab 1924 bis 1929 geborenen 8 schizophrenen Patienten und insbesondere die ab 1930 - 1946 geborenen 15 schizophrenen Patienten mittelbar traumatisierend waren insofern, als sie in einer Zeit aufwuchsen, in der Entwicklungsprozesse und Geborgenheitsbedürfnisse durch einen politischen Größenwahn (den ja die Generation der Eltern meist mittrug) und ein äußeres Chaos nicht unerheblich gestört wurden.

Andererseits gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die in Kriegszeiten keine vermehrt psychischen Dekompensationen belegen: "Eher als direkte Kriegseinwirkungen könnten vielleicht tiefgreifende Wandlungen in der soziologischen Ordnung für die Entwicklung von Psychosen von Bedeutung sein" (BENEDETTI et al. 1960, 102).

Die Auswirkungen sind jedoch häufig erst nach vielen Jahren erkennbar, so daß bei einer Großzahl dieser Patienten davon ausgegangen werden kann, daß indirekte Kriegsfolgen insofern pathogen waren, als sie Elternhaus (z.B. Nicht-Vorhandensein eines Elternteiles in der Kindheit, Flucht) wie eben das Weltverständnis dieser vielleicht sensibleren Heranwachsenden verunsicherten. Auch bei "nicht-psychiatrischen" Personen dieser Altersgruppe findet man als Trend vermehrt eine Selbstbezogenheit, die häufig durchaus autistischen Charakter hat. Im hypothetisch schlimmeren Fall wird diese Selbstbezogenheit in eine narzißtische Störung (mit Krankheitswert) und im noch schlimmeren Fall in eine Borderline-Störung münden, im extremsten angenommenen Fall zur Psychose führen.

Solche Überlegungen scheinen zunächst weit hergeholt. Es gibt jedoch Befunde, die in die Richtung dieser Annahme gehen. So untersuchte HAU (1968) 1.000 Patienten, die in den Jahren 1950 bis 1964 im niedersächsischen Landeskrankenhaus aufgenommen worden waren, indem er sie nach ihrer Neurosenstruktur in Schizoide, Depressive, Zwanghafte und Hysterische unterteilte. Der Vergleich der prozentualen Verteilung dieser Neurosenstrukturen bei den Geburtsjahrgängen 1925 - 1946 ergab eine deutliche Zunahme von schizoiden, aber auch schizoid-depressiven Strukturen bei Patienten, die während des Krieges geboren waren. Psychodynamisch läßt sich dieser Befund so verstehen, daß gehäufte fa-

miliale Belastungen, Entbehrungen sowie Unterernährung, Frustrationen von affektiven Bedürfnissen und die Abwesenheit von Elternteilen in den ersten zwei oder drei Lebensjahren zu oralen Fixierungen und damit zu Entwicklungsverzögerungen führen können. Diese können das Auftreten schizoider und depressiver Störungen zur Folge haben.

Es gab unter den Schizophrenen als weitere traumatisierende Belastung:

- insgesamt 3mal schwere körperliche Erkrankungen, d.h. 2mal an offener TBC erkrankte Patienten (1-2 Jahre vor Dekompensation); Eine Patientin an Nierenkoliken erkrankt, die unmittelbar zur Dekompensation führten;

- insgesamt 5mal Unterversorgung durch länger dauernde belastende Pflege durch schwere Erkrankung oder Behinderung der Eltern;

- insgesamt 7mal einschneidende Veränderungen in sozialer wie in familiärer Situation, 1mal in Schule, 2mal im Beruf, 4mal in Familie;

- insgesamt 16mal belastende Konflikte, davon entfielen auf Partnerschaftskonflikte 4 Nennungen; auf Familienkonflikte 7 Nennungen; auf Konflikte mit Nachbarn 1 Nennung; ebenso 1 Nennung aus politischer Enttäuschung und 3 Nennungen aufgrund von Religionskonflikten.

Zur Veranschaulichung dieser Belastungsbereiche folgende 3 Falldarstellungen:

Einschneidende Veränderungen in sozialer und familiärer Situation

Ein bei der Verlegung 40-jähriger Patient (1725) war einer besonders wirtschaftlich belastenden Situation kurz vor seiner ersten Dekompensation ausgesetzt. Vater und Bruder des Patienten verstarben im selben Jahr (Vater durch Suizid auch in der Großklinik; Bruder an einem Hirnleiden) als Patient 19-jährig war. Er habe Tag und Nacht arbeiten müssen, um die Beerdigungskosten abzuzahlen. Dabei habe er sich "verausgabt". Hier spielt einmal eine Versuchungssituation - sich auch fallen zu lassen, wie Vater und Bruder in den Tod, nichts mehr tun zu müssen - zum anderen handelte es sich neben dem erlebten Verlust von Vater und Bruder (möglicherweise Schuldgefühle mobilisierend infolge unbewußter Todeswünsche seiner latenten Aggressivität) auch um eine Versagungssituation so viel hergeben zu müssen. Seine wirtschaftliche Not, der damit verknüpfte Stress, mag auf eine zusätzlich gestörte

Oralität getroffen sein. Der Patient dekompensiert 20-jährig zum ersten Mal. 5 Jahre nach der ersten Entlassung aus der Großklinik erkrankt der Patient an einer offenen Tbc. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befand er sich in einer Klinik für chronisch Kranke ohne jegliches Interesse an seiner Umwelt, nur mit dem einen Bedürfnis, "versorgt zu werden".

Politische Enttäuschung

Ein anderer mit 25 Jahren erkrankter Patient (1710) befand sich 1 Jahr vor dem politischen Zusammenbruch des Dritten Reiches bei der Waffen-SS. Noch oder während einer 1/2-jährige Gefangenschaft dekompensierte er 1945 zum ersten Mal. Ein auslösender Grund hierfür mag einmal die Gefangenschaft, zum anderen aber auch seine politische Enttäuschung gewesen sein. Er hatte nämlich kompensatorisch Welterneuerungsphantasien, hielt sich für den König der Deutschen ("Bruder Kommunist haßt Nazi ... (Vorname des Patienten)").

Religionskonflikt

Ein weiterer Patient (1731) - Erkrankungsalter 17 J. - dessen Vater an der Ostfront fiel, als Patient fünfjährig war, geht 1 Jahr vor dem Abitur ab, Abbruch aller Kontakte. Außerdem vermied er alle Berührungen zur Mutter. Früher lebhaft und aufgeschlossen (2 Freunde, liebte Jazz) präpsychotisch (1/2 Jahr) nur noch Bibellesen; bei der ersten Aufnahme sagte er: "Ihm sei der Sinn verloren gegangen", war läppisch, ratlos, verzweifelt und suizidgefährdet. Seine Wahnvorstellungen betrafen eine religiöse Thematik mit Zahlensymbolik. Hier mag die Beschäftigung mit religiösen Inhalten eine schuldhaft erlebte inzestuöse Latenz und die damit verknüpften Gewissenskonflikte abgewehrt haben. Bei der Spätkatamnese (31-jährig) beschimpfte er noch grob seine inzwischen verstorbene Mutter ("die alte Nazisau"). Trotz Rezidiven, die zu Wiederaufnahmen führen, lebt er allein; er malt Bilder.

Der nicht klassifizierbare Patient (1801) war auch traumatisierenden Kriegseinwirkungen ausgesetzt: 23-jährig Kieferndurchschuß, dreijährige Gefangenschaft. Diese Erlebnisse führten nicht unmittelbar zu einer psychischen Erkrankung. Als er aber aus Gefangenschaft zurückkam, kehrt er ins Elternhaus zurück (35-jährig) und bleibt da bis zu seiner Heirat. Beim Tod seiner Frau will er sich suizidieren. Im Verlauf zeigt er starke Wünsche nach Abhängigkeit und Geborgenheit. Nach dem Tod der Eltern ist er infolge seiner symbiotischen Beziehung zu Bezugspersonen nicht existenzfähig.

Es lassen sich insgesamt für 3 Patientengruppen (Alkoholiker, Psychotiker, Schizophrene) vermehrt belastende lebensgeschichtliche Ereignisse feststellen, die auslösenden oder mitauslösenden Charakter für den Krankheitsausbruch hatten und in häufigen Fällen den im neurosenpsychologischen Sinne zu verstehenden Versuchungs- und Versagungssituationen entsprechen.

6.3 Objektverlust

Spricht man von Verlust und dessen psychopathologischer Verarbeitung, so mag sich der Begriff Verlust für den einzelnen Menschen auf völlig unterschiedliche Sachverhalte beziehen. Es kann sich einmal um den Verlust von materiellen Gütern, aber auch der Heimat, des Berufes, der persönlichen Leistungsfähigkeit, der leiblichen Unversehrtheit, der Schönheit und der Jugend handeln.

Verlustsituationen, das Verlusterleben, haben eine große Bedeutung und bilden insgesamt bei der Entstehung und dem Verlauf unterschiedlicher psychiatrischer Erkrankungen einen nicht zu übersehenden Faktor (BISTER 1980, 307). Da es sich bei psychiatrischen - wenn auch sorgsam geführten - Krankengeschichten und den Aufnahmegesprächen in den wenigsten Fällen wohl um eine tiefenpsychologische Anamnese handelt, sind unterschiedliche (oder als solche bewertete) Verlustsituationen und unbewußt als solche erlebte, in den Krankengeschichten der Patientenkohorte nicht eruierbar gewesen. Deshalb soll sich dieses Kapitel - infolge des einschneidenden Erlebnisses einer zwischenmenschlichen Verlustsituation war diese eher erhoben - mit den Objektverlusten (d.h. Verlust von Mutter, Vater, Partner, Kinder u.a. nahen Bezugspersonen) als vermutete auslösende Konfliktsituation beschäftigen.

Nicht nur der jüngere Mensch kann aufgrund seiner noch vorhandenen Abhängigkeiten vom Verlust einer nahen Bezugsperson tief getroffen sein, sondern auch insbesondere der ältere Mensch, dem es an Umstellungsfähigkeit und an unterschiedlichen Lebensmöglichkeiten mangelt. Es muß jedoch zwischen dem einsamen alten Menschen, der genußvoll allein

lebt, und dem jungen vereinsamten, der nicht über den Verlust von Freunden hinwegkommt, der sich verzweifelt nach Ersatz sehnt und versucht, eine spezielle schützende Beziehung wieder herzustellen, unterschieden werden. "Einsamkeit und Langeweile im Alter werden nicht als Ursache psychiatrischer Erkrankungen betrachtet" (GOLDFARB 1967, 1570), sondern sind eher Symptome von erkennbaren oder nicht erkannten seelischen Störungen der Betroffenen. Ein Objektverlust im Alter stellt dann das berühmte Zünglein an der Waage dar.

Unter diesen Gesichtspunkten ist nun folgende These formulierbar: (Objekt-) Verluste spielen u.a. eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung und dem Verlauf von psychiatrischen Erkrankungen und können als primär auslösende Konfliktsituation betrachtet werden (BISTER 1980, 307).

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Mutter ♀	Mutter ♂	Vater ♀	Vater ♂	Partner ♀	Partner ♂	Kinder ♀	Kinder ♂	andere nahe Bezugsperson ♀	andere nahe Bezugsperson ♂	nicht erfaßt
2	präsenile oder senile Demenz											
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.						2				1	2
1	Persönlichkeitsstörung											
13	Oligophrenie		2									
12	Alkoholismus		1		1	1	2	1	1			
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.					1		1				
34	Schizophrenien		4	1	2	3	2				1	
1	nicht klassifizierbar						1					
	16♀ Gesamt 64♂		7♂	1♀	3♂	5♀	7♂	2♀	1♂		2♂	
80	Insgesamt	7		4		12		3		2		2
	%	9%		5%		15%		4%		3%		3%

Tabelle 30 Vermuteter auslösender Konflikt bei 16 Frauen und 64 Männern: Objektverlust nach Geschlecht in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Bei der vorliegenden Patientenkohorte sah das wie folgt aus:

Von den 16 Frauen erlitten insgesamt 8 (50 %) Patientinnen den Verlust von nahestehenden Menschen, der zur auslösenden Konfliktsituation führte, bei den 64 Männern nur 19 (30 %). So hat auch BLEULER in sei-

nen Statistiken zu den langjährigen Kranken- und Familiengeschichten schizophrener Geistesgestörter gezeigt, daß Verlust von nahestehenden Menschen vor und nach der Erkrankung in der elterlichen und der eigenen Familie Schizophrener bei Frauen einen deutlicheren Einfluß auf den Krankheitsverlauf haben als bei Männern (BLEULER et al. 1976, 480). Diese Befunde können - trotz wenig aussagekräftiger Größe der Frauengruppe - auf weibliche psychiatrische Patienten unterschiedlicher Diagnosen insgesamt erweitert und bestätigt werden.

7 Patienten (9 %) von 80 verloren ihre Mutter, was dann zum Auslöser für ihre manifeste psychiatrische Erkrankung wurde.

Bei einem jüngeren Patienten (1411) mit geistigem Entwicklungsrückstand traten die ersten gravierenden Verhaltensauffälligkeiten auf, als dessen Mutter verstarb, was dann zur psychiatrischen Aufnahme führte.

4 Patienten (15 %) erlitten den Verlust des Vaters; dies trug zum Krankheitsausbruch bei.

Eine Patientin (1729) kam in den Nachkriegswirren nach Berlin. Sie befand sich zwar 1949 - 27-jährig - erstmals in ambulanter nervenärztlicher Behandlung (in der DDR), erkrankte manifest psychiatrisch aber erst beim Tod des Vaters 1965 (Patientin 43-jährig). Zu diesem Zeitpunkt hatte die Patientin akustische Halluzinationen und meinte, die Stimme des Vaters zu hören.

12 Patienten (15 %) verloren ihre Partner, was sich krankheitsverursachend auswirkte.

3 Patienten (4 %) verloren ihre Kinder (und Partner), wobei der Verlust der Kinder bei 2 Patienten im Selbständigwerden und Verheiraten bestand, wodurch sie nach dem Verlust des Ehepartners einsam zurückblieben. Diese beiden Frauen fühlten sich allein und im Stich gelassen, was zu tiefen Depressionen (Alkoholismus), zu einem Rückzug und in der Folge zu einer psychotischen Dekompensation bei der anderen Patientin (0610) führte. Der männliche Patient (1506) verlor Frau und 2 Kinder beim Einmarsch der Russen, die mit Panzern über sie rollten (daraufhin Fehlentwicklung zum Alkoholismus als Abwehr der Trauer).

Ein weiterer Patient (0204), der zwar aufgrund einer Kriegsverletzung am Stirnhirn - 13-jährig - erkrankte, wurde erst 53-jährig infolge seines Alkoholabusus und der damit einhergehenden Verwahrlosung stationär psychiatrisch behandelt. Im selben Jahr war seine Frau verstorben und da ihm der Stiefsohn nicht zugesprochen worden war, war für ihn der "Lebenssinn geraubt", worauf er erlebnisreaktiv zum Alkohol griff.

Es waren insgesamt wenig Objektverluste bezüglich der auslösenden Konfliktsituation in den Krankengeschichten feststellbar. Von daher bestätigt sich die Annahme des Objektverlustes als eines primär auslösenden Krankheitsfaktors nicht. Es handelt sich ja hier um die harten Daten realer Objektverluste. Man muß aber davon ausgehen, daß neben den realen Verlusten auch phantasierte Objektverluste subjektiv als traumatisierendes Erlebnis erfahren werden. Mit den mehr "symbolischen Verlusten" liegt dann in Wirklichkeit die vermutete Zahl weit höher. So können sich Verluste auch auf die Vergangenheit bezogen als Verlust gelebten Lebens mit dieser Person erst auf die Dauer auswirken. Denkt man z.B. an die hohe Quote der unvollständigen Familien dieser Patientenkohorte (48 % - s. auch Kap. III.4.1), so kommt noch eine Reihe weiterer Objektverluste als mit-auslösende Faktoren bei psychiatrischen Patienten in Betracht, z.B., wenn Väter ab der ödipalen Phase nicht mehr verfügbar sind.

So starben bei zwei männlichen schizophrenen Patienten, als sie 5-jährig waren, die Väter an der Ostfront. Dies betrifft sicherlich auch einen markanten Verlust einer geschlechtsspezifischen Rollenidentifikation, der aber erst in der Folge pathogen wirksam wird: beim Scheitern der Sexualität.

Eine weibliche schizophrene Patientin (1734) ließ - im 5 Monat schwanger - auf Drängen ihres damaligen Verlobten einen Abort durchführen. Das ungelebte Leben ihres ungeborenen Kindes wurde von der Patientin als erheblicher Verlust betrachtet und führte in der Folge, bezogen auf die Schuldgefühle, zu der ersten nervenärztlichen Behandlung.

Es kann der Verlust von nahen Bezugspersonen, der Verlust zwischenmenschlicher Beziehungen überhaupt in der Isolierung, in der Haft (auch einer befürchteten), in der Kriegsgefangenschaft, zu einer chronisch-depressiven, erlebnisreaktiven Entwicklung führen, die dann z.B. durch Intoxikation abgewehrt werden muß. Auch der drohende Verlust

der eigenen Existenz gehört zum Objektverlust im engsten Sinne, nämlich des Selbstverlustes. Zu den seelischen Fehlentwicklungen kommt es dann infolge Todesfurcht, Verletzung der Menschenwürde und dem Gefühl des Ausgeliefertseins als Sinn- und Wertberaubung der persönlichen und sozialen Existenz (VON BAEYER et al. 1964).

Die Folgen können ein erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel sein, der mit Angst, Depressivität und Leistungsinsuffizienz einhergeht. Desweiteren können eine chronische Deprimiertheit, mangelnde Initiative, angsterfüllte Erinnerungen, Verlust der Fähigkeit vertrauensvoller Hingabe an den Mitmenschen (Ehe), eine Unfähigkeit zur Wiederverwurzelung, Schuldgefühle wegen "unverdientem" Überleben u.a.m. als Folgeerscheinung noch viele Jahre später auftreten (SPOERRI 1975, 140; VON BAEYER et al. 1964).

So beschreibt 1 schizophrener Patient (1723), wie für ihn 21-jährig als Soldat und nach einer russischen Gefangenschaft von 1 Jahr, 7 Monaten, "die Welt zusammengebrochen" sei. Er habe danach nie mehr selbständig leben können: Denn er habe immer wieder unter Angstanfällen und Verkrampfungen gelitten. 1946 bricht er sein Theologiestudium (ev.) ab und konvertiert aufgrund von Gewissenskonflikten zur alles seligsprechenden kath. Mutterkirche. Dieser besonders sensible Jugendliche war der Brutalität eines Krieges und dessen Folgen wenig gewachsen. So konnte er auch eine so abrupte Lösung aus dem Elternhaus in die Härten des Lebens nicht verwinden. Bei seiner Rückkehr verbleibt er da lange Jahre, bis er seine Frau findet, die allerdings seinen Versorgungswünschen entfliehen mußte. Der Patient erkrankt manifest, nachdem seine Frau ihn verlassen hat.

Hier sind noch einmal an die belastenden Bereiche der Kriegseinwirkung (Kap. III.6.2, S. 255) zu denken, aus denen Spätfolgen im Sinne von symbolischen Verlusten, z.B. gelebter Möglichkeiten auch mitauslösend für die psychotische Dekompensation oder auch andere Störungen gewesen sein mögen. - In der "Psychiatrie der Verfolgten" schildern die Autoren eindrücklich anhand vieler Fallbeispiele (von primär Nazi-Verfolgten) die Erfahrungen mit derartigen Extrembelastungen hinsichtlich psycho-pathologischer und gutachterlicher Gesichtspunkte (VON BAEYER et al. 1964).

Man muß sich bei den vermuteten auslosenden Konfliktsituationen ohnehin (wie oben beschrieben) eine Fortsetzungsreihe von eher unspezifischen mikrotraumatischen Lebensereignissen bis hin zur wirklich extrem belastenden Konfliktsituationen vorstellen.

6.4 Isolation und Entwurzelungsproblematik infolge der Versetzung in die Anonymität einer Großstadt

Im großstädtischen Moloch wird manches an abweichendem Verhalten und ver-rücktem Leben ausgebrütet. Für viele, insbesondere aus der Unterschicht Stammende, ist das Leben in der Großstadt häufig gekennzeichnet durch einen Kampf ums Überleben. In seiner Not wird manch einer zu kleineren oder größeren kriminellen Handlungen getrieben, um daran zu scheitern (siehe den Protagonisten Döblins in "Berlin, Alexanderplatz"). Andere entwickeln eine Art unbegreifliches Verhalten, um der sozialen Isolierung und Anonymität ihres Da-seins zu entkommen.

Im "nekrotischen Angelpunkt" mancher innerstädtischer Bezirke, die primär von Menschen aus den sozialen unteren Schichten und Ausländern bewohnt werden,

"finden sich viele Personen außerstande, von den normalen sozialen Quellen genügend psychische Stützung zu bekommen, um ihre Welt in üblicher Weise zu organisieren (Unterstreichungen der Verf.). Daraus kann es dazu kommen, daß jede Art von Ordnung überhaupt fehlt, was zu einer verwirrten, frustrierten und chaotischen Persönlichkeit führt; oder es kann sich eine komplizierte, aber ungewöhnliche und eigenartige Ordnung entwickeln. In beiden Fällen ergibt sich eine ernste Abweichung von konventioneller Ordnung, die Kommunikation und Verständnis unmöglich und damit jede Form von Zusammenarbeit schwierig macht". (FARIS u. DUNHAM 1965, 159)

Ökologische Untersuchungen ergaben, daß die innerstädtischen Bereiche mit ihren hohen Inzidenzraten psychischer Erkrankungen nur insoweit als Brutstätten zu betrachten waren, als sie "soziale Isolierung förderten oder verschärften" (COOPER u. MORGAN 1977, 103). In einer anderen Erhebung wurden außerdem die Bereiche mit hohem Risiko nicht so

sehr durch eine vermehrte Anzahl von Personen niedrigen Status' als von Personen, die alleine lebten, gekennzeichnet. Die Patienten, die aus der Wohnung der Eltern heraus aufgenommen wurden, waren zufällig über die ganze Stadt verteilt (HARE 1962, bei: COOPER u. MORGAN 1977, 103).

Die Entscheidung, allein zu leben, ist häufig weniger eine Frage der bevorzugten Wahl, sondern ergibt sich eher zwangsläufig in Abhängigkeit von den persönlichen Wesensmerkmalen, die auch einer Partnerschaft im Wege stehen. Patienten, die Familie haben, haben nachweisbar bessere Chancen ausreichend behandelt zu werden. So sind z.B. Heimatvertriebene - die vermutlich ohne Familie waren - unter schizophrenen Dauerpatienten in 2 Stichtagerhebungen niedersächsischer Landeskrankenhäuser von 1964 und 1969 überhäufig mit knapp unter oder über 40 % aller Kranken vertreten (HARTMANN u. MEYER 1974, 3).

In Zusammenhang mit den "Entwurzelungsreaktionen" von Flüchtlingen, die ihre Habe und ihre Heimat verloren haben und häufig Angehörige zurücklassen mußten, mag gerade die soziale Isolierung innerhalb einer Großstadt aufgrund ihrer anonymen zwischenmenschlichen Beziehungen die Betroffenen daran verstärkt hindern, sich bald wieder heimisch zu fühlen, d.h., nach einer vorübergehenden Trauer um den Verlust, dem Leben neue Seiten abzugewinnen. In der oben zitierten Untersuchung galt für die gesamte niedersächsische 2-Jahres-Gruppe 1969, daß von den dauerhospitalisierten Schizophrenen seit 1945 jeder zweite heimatvertrieben war, wobei die Vertriebenen in der Normalbevölkerung ein Drittel nicht überschritten (HARTMANN u. MEYER 1974, 4).

Außerdem gibt es nach der Life-Event-Forschung klare statistische Zusammenhänge zwischen akut-psychotischen Schüben und unspezifischen Lebensereignissen, insbesondere solchen, die Wechsel und Neuanpassung erfordern. Statistisch nachweisbar sind Vertriebene sozioökonomisch schlechter gestellt als die einheimische Bevölkerung und sind mit der erforderlichen Neuanpassung und der Verlustarbeit auch hierbei noch benachteiligt.

Die nach Berlin emigrierten Patienten mußten zwangsläufig der politischen und sozialen Not gehorchend den angestammten "Heimatboden", auf dem sie geboren und aufgewachsen waren, verlassen, der für sie bis dahin "Nahrung" und Schutz bot, d.h. Geborgenheit im Freundes- und Familienkreis, Überschaubarkeit sozialer Beziehungen, Bezüge und Abläufe bedeutete. Wenn auch eine Millionenstadt wie Berlin (insbesondere noch vor dem Mauerbau) neue Lebenschancen bietet, so ist für "heimatlose" Menschen, besonders, wenn sie aus kleinen Ortschaften stammten, wo jeder jeden kennt, also eine große Vertrautheit sie mit der Umwelt verbunden hatte, die Anonymität und die soziale Isolierung, die sie in einer großstädtischen Umgebung vorfinden, kaum auflösbar: Man darf so vermuten, daß gerade die Patienten, die aus den Ostgebieten stammen, an dieser Stelle scheitern müssen: Die Rückkehr ist endgültig verbaut, um sich "einzubürgern" und erneut "beheimatet" zu fühlen, fehlt das Eingebundensein in ein vertrautes soziales Umfeld, welches sie auch in Zeiten von Lebenskrisen zu "er"-tragen vermöchte. So wurde eine allgemeine Angstbereitschaft infolge der Entwurzelung bei Vertriebenen und Deportierten gefunden (VON BAEYER et al. 1964, 66). Es lassen sich nun folgende Thesen formulieren:

1. Nicht-Berliner Patienten haben größere Schwierigkeiten, der großstädtischen Isolation zu entrinnen und zeigen deshalb gehäuft Entwurzelungs- bzw. Anpassungsprobleme.

2. Entwurzelungsprobleme fallen insbesondere deshalb ins Gewicht, als die Nicht-Berliner Patienten vermehrt aus kleineren Gemeinden deutscher Ostgebiete stammen, wohin sie nicht zurückkehren können.

Anz.	Diagnosen (Mehrfach nennungen sind möglich)	Berliner Patienten	Nicht-Berliner Patienten			davon oder		nicht erfaßt
			Dörfliche Gemeinschaft (bis 5 000 Einwohner)	Stadt mittl. Größe (20 000-100 000 E.)	Großstadt (100 000-1 000 000 E.)	aus Krankengeschichte hervorgehende Entwurzelungsproblematik	Heimatvertriebene aus ehemaligen deutschen Ostgebieten o. Rußland	
2	präsenile oder senile Demenz		1		1	1	2 100 %	
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	5 83 %						1
1	Persönlichkeitsstörung	1 100 %						
13	Oligophrenie	13 100 %						
12	Alkoholismus	4 33 %	3	3	2	5	7 58 %	
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	4 36 %	5		2	2	7 64 %	
34	Schizophrenien	19 56 %	10	1	4	8	12 35 %	
1	nicht klassifizierbar				1		1 100 %	
34			19	4	10	16	29	1
	Spalten %		67 %	3 %	30 %	48 %	88 %	1 %
80	Gesamt	46	33					
	Gesamt %	58 %	42 %					

Tabelle 31 Vergleich der Berliner Patienten mit Nicht-Berliner Pat., die ihrerseits bezogen sind auf Ursprungsort (3 Größenkategorien) mit Aufenthalt bis wenigstens zur Pubertät, vermutete Entwurzelungsproblematik, bzw. Heimatvertriebene

Wie sieht nun die soziale Isolierung bei der vorliegenden Gruppe aus?

Aus der Übersicht ist ablesbar, daß mehr als die Hälfte, nämlich 46 (58 %) der chronisch psychiatrischen Patienten Berliner sind und nur 33 Patienten Nicht-Berliner (der Ursprungsort eines Patienten konnte infolge der Progredienz seines Leidens nicht erfaßt werden). Hinzu kommt, daß weitere 10 Patienten (13 %) auch aus einer Großstadt zwischen 100.000 und 1 Mill. Einwohnern stammen. Es läßt sich also hinsichtlich der Pathogenese von ungewohnter großstädtischer Isolierung nach einer freiwilligen oder unfreiwilligen Migration im Vergleich zu überschaubareren Heimatgemeinden aus diesen ersten Zahlen kaum eine Aussage machen.

Betrachtet man nun die drei Größenkategorien der Ursprungsorte der Nicht-Berliner Patienten etwas eingehender, so läßt sich feststellen, daß 29 von 33 (88 %) Patienten Vertriebene waren und ihrer Herkunft

nach aus den deutschen Ostgebieten oder aus Rußland stammten (Geburtsort und/oder aufgewachsen bis mindestens zum 18. Lj.) also ihrer Ursprungsheimat entfremdet waren.

Eine bei der Verlegung 36-jährige schizophrene Patientin (1734) - Erkrankungsalter 26 J. - stammte aus einer dörflichen Gemeinschaft bei Dresden und erkrankte erstmalig nach zwangsweise durchgeführtem Abort. Es kam im Verlauf noch zu drei weiteren Aufnahmen, wobei die Patientin zum Zeitpunkt der Spätkatamnese aussagte, daß mit der Mauer ihre Krankheit begonnen habe, als sie die Schwester nicht mehr häufiger besuchen konnte.

Eine weitere schizophrene Patientin (1729) wurde 27-jährig nach ihrer Flucht aus der DDR erstmalig nervenärztlich behandelt. Präpsychotisch hörte sie vermeintlich Anrufe des verstorbenen Vaters. Infolge der Isolation in der Großstadt (sie stammte aus einer Ortschaft mit weniger als 5.000 Einwohnern) und nach dem Tod des Vaters womit die letzte Heimkehrmöglichkeit aufgehoben war, dekompensierte sie.

So ließ sich eine mögliche Entwurzelungsreaktion als fragliche Pathogenese bei 16 von 33 Nicht-Berliner Patientin (48 %) direkt aus der Krankengeschichte eruieren.

Ein elsässischer Patient (1708), der aus einer weniger als 5.000 Einwohner großen Gemeinde stammte, war 23-jährig wegen besserer Arbeitsbedingungen (als Elektromonteur) nach Deutschland und 1969 nach Berlin gekommen. Außer einem Arbeitskollegen, mit dem er ein möbliertes Zimmer teilte, war er sozial völlig isoliert. 20- bis 23-jährig wurde er als Wehrpflichtiger in den Algerienkriegen eingesetzt. Neben der vermutlich nicht bewältigten Sexualität als auslösender Faktor (seine Stimmen sagten ihm er sei "geschlechtskrank", weshalb er präpsychotisch nicht mehr essen und schlafen konnte) und dem traumatisierenden Erlebnis des Frontkampfes wurde differentialdiagnostisch an eine Entwurzelungspsychose gedacht (in der kleineren Klinikeinheit). Der Patient, der sich einmal 4 Wochen in der Großklinik und 1 Monat, 3 Wochen, 6 Tage in der kleineren Klinikeinheit aufhielt, wurde zu Angehörigen ins Elsaß entlassen. Im süddeutschen Raum sollte er bei einer Niederlassung seiner Berliner Firma Arbeit finden. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese war der Patient nicht auffindbar.

Man kann aber davon ausgehen, daß insgesamt eine noch höhere Anzahl von Nicht-Berliner Patienten sich nicht beheimatet fühlten und einer sozialen Isolierung vor ihrer Erkrankung innerhalb Berlins (Mauern) ausgesetzt waren. Hinzu kommen auch noch einige aus Ost-Berlin stammende Patienten (wieviele und welchem Krankheitsbild zugehörig, konnte

nicht eruiert werden), die nach dem Mauerbau geringe bis gar keine Möglichkeiten mehr hatten, zu ihrem sozialen Umfeld zurückzukehren oder von den dort verbliebenen Freunden und Angehörigen besucht zu werden. Die erste Annahme läßt sich so vorsichtig bestätigen.

Inwieweit einheimische Berliner Patienten prämorbid sozial isoliert lebten, läßt sich nun nicht mehr feststellen. Es gibt jedoch Ergebnisse, die anhand der wöchentlichen Besuchsfrequenz - als Hauptkriterium des mitmenschlichen Kontaktes stationärer Patienten - nachweisen, daß zumindest bei akut schizophren Erkrankten prämorbid (auch im Vergleich zu anderen Diagnosen) keine soziale Isolierung bestand. "Erst im Verlauf des Leidens", d.h. bei Dauerhospitalisierung (ab dem 2. Jahr), bei Rückfall und Wiederaufnahme ist eine stark absinkende Besuchsfrequenz festzustellen (JONAS et al. 1969, 74).

Es läßt sich so vermuten, daß ein großer Teil der Berliner Patienten zunächst sozial eingebunden waren und daß erst die Dauerhospitalisierung ihre Entlassungs- und Rehabilitationschancen minderten, da mit ihr eine Verringerung der Besuchsfrequenz und somit die notwendige soziale Verbindung nach draußen unterbrochen wurde.

19 der 33 Nicht-Berliner Patienten (58 %) stammen aus Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern, also eher aus einer dörflichen Umgebung, in der Familien- und Nachbarschaftshilfe selbstverständlich ist (die nächst größere Kategorie von Ortschaften, nämlich die von 5.000 - 20.000 Einwohner, war als Herkunftsort der Patienten nicht vorzufinden). 16 Patienten dieser 19 (84 %), die in einer dörflichen Gemeinschaft aufgewachsen waren und dort lebten, stammten aus den deutschen Ostgebieten; hierzu gehörten vor allem 15 der 45 Psychosen insgesamt (33 %) und 3 der 12 Alkoholerkrankten (25 %). So waren insbesondere Patienten dieser Diagnosengruppen heimatvertrieben und entwickelten Anpassungsschwierigkeiten u.a. in der neuen großstädtischen Umgebung. Dies ergibt im einzelnen:

7 (58 %) Alkoholerkrankte, davon 5 mit evidenten Entwurzelungsreaktionen;
7 (64 %) Psychotiker (5 aus Ostgebieten, 2 aus Rußland), davon 2 mit offensichtlichen Entwurzelungsproblemen;
12 (35 %) Schizophrene, davon 8, bei denen eine Entwurzelungsproblematik eruiert wurde.

These 2 läßt sich also mit 58 % der Nicht-Berliner Patienten, aus dörflichen Gemeinden der Ostgebiete stammend, für die drei diagnostischen Untergruppen (Alkoholiker, Psychotiker, Schizophrene) bestätigen.

Bei der Untergruppe der Schizophrenen läßt sich im Vergleich der zitierten niedersächsischen Stichprobe von 1969 eine geringere Anzahl heimatvertriebener daueruntergebrachter Patienten feststellen, nämlich anstatt jeder zweite, war nur jeder dritte Patient heimatvertrieben. Vermutlich spielt das jüngere Durchschnittsalter der schizophrenen Patienten dabei eine Rolle, die teilweise während des Krieges oder erst nach 1945 geboren wurden und deren Eltern sich teilweise als Flüchtlinge in Berlin niedergelassen hatten.

Ein 1942 geborener Patient (1716) - 26-jährig bei der Verlegung - erkrankte 14-jährig, nachdem er 12-jährig aus Halle/DDR zu seinem Vater, der zuvor (Patient 7-jährig) nach West-Berlin geflohen war, geschickt wurde. Die Eltern hatten durch die Trennung andere Partner gefunden. Halle war für den Patienten die "heile Welt" (noch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese). Als der Patient nach Berlin zum Vater kam, den er mehr als 4 Jahre nicht mehr gesehen hatte, wurde er schwermütig, still und bedrückt, war in der neuen Schule isoliert und erkrankte 2 Jahre später an einer hebephrenen Form der Schizophrenie.

Ein weiterer schizophrener Patient (1727), 1946 geboren, 21-jährig bei der Verlegung - erkrankte 19-jährig während einer Lehre, die zu "schwierig" für ihn geworden sei. Seine jüdische Mutter landete infolge der Wanderbewegung nach dem Krieg in Schweden, wo der Patient zur Welt kam. Die Mutter wurde nach der Geburt des Patienten wegen einer Schwangerschaftspsychose über 2 Jahre lang nervenklinisch behandelt. Der Patient lebte zunächst bei Pflegeeltern, später im Heim. Zur Adoption wurde er nicht freigegeben. Obwohl die Mutter große Ambivalenzen dem Kind gegenüber zeigte, nahm sie es mit nach Israel, wo es im Kibbutz die ersten Anpassungsschwierigkeiten zeigte. Bei einer erneuten Umsiedlung nach Österreich und später nach Berlin traten erste Schulschwierigkeiten auf. Bei diesem unruhigen Leben wundert es wenig, daß der Patient dann in der Lehre als Rohrleger (in einer Mittelprüfung) infolge überhöhter Anforderungen paranoid-halluzinatorisch-psychotisch dekompensierte, d.h. auch regredierte.

Alle 13 Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand stammen aus Berlin, ebenso 5 Patienten der Diagnosengruppe "andere organische psychiatrische Erkrankungen". Anzunehmen ist, daß geistige, körperliche oder neurologische Behinderungen einer möglichen Abwanderung ohnehin unüberwindbar hinderlich gewesen wären.

Bei einer Pathogenese infolge Entwurzelung und großstädtischer Isolierung darf nicht außer acht gelassen werden, daß ein Mensch auch eine besondere Struktur aufweist, die von der Großstadt angezogen wird und zum Ausharren verpflichtet; es gibt auch andere Vertriebene, die sich ebenso isoliert fühlten, dann aber abgewandert sind.

Aus den Zahlen zur Regionalen Mobilität (in: Quintessenzen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1976, S. 34) ergab sich für Flüchtlinge, Heimatvertriebene und Spätaussiedler zwischen 1955 und 1970 anteilig ein fast doppelt so häufiger Wohnortswechsel im Vergleich zu Einheimischen. Vermutet wird, daß sich deren Wanderungsverhalten mit zunehmender Integration dem der Einheimischen angleicht.

Es darf also auch der Faktor großstädtischer Isolierung nur unter den Gesichtspunkten kumulativer Wirkung (im Zusammenhang mit anderen traumatisierenden Ereignissen und Erlebnisweisen) bewertet werden.

7.0 Zeiträume der Verweildauer in unterschiedlichen psychiatrischen Institutionen und ihre Häufigkeit

Abhängig von der Art der Diagnose wurden getrennt sechs Zeiträume in den unterschiedlichen psychiatrischen Institutionen erfaßt, denen die jeweilige durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen als weitere Variable (in Klammern) zugeordnet wurden. Aus Differenzierungsgründen wurde weder für die Chroniker insgesamt noch für deren einzelne psychiatrische Stationen ein Mittelwert errechnet. Hier interessierte vor allem, welche Störung in welcher stationären psychiatrischen Einrichtung die höchste Verweildauer aufwies. Dabei wurde davon ausgegangen, daß insbesondere die geistig abgebauten Patienten (die psychogeriatrischen und Korsakows) die Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand (die Oligophrenen) und die sozial-depraviertesten[1] Patienten (langjährig psychotisch Erkrankte), die als am wenigsten rehabilitierbar gelten, die längsten Verweilzeiträume aufweisen (These 1).

Außerdem wurde angenommen, daß eine Häufung von Aufnahmen, d.h. auch eine Häufung von Entlassungen und Zeiten außerhalb der Klinik sich prognostisch tendenziell eher positiv auf den chronischen Verlauf auswirkt, da vorhandene Fertigkeiten im lebenspraktischen Bereich und eine soziale Kontaktfähigkeit extramural weiterhin und immer wieder abgefordert werden und dadurch erhalten bleiben (These 2).

---

1) Unter sozialer Deprivation sei hier die Verarmung an sozialen Handlungsmustern, Verhalten und Konfliktfähigkeit verstanden. Die Unüberschaubarkeit institutioneller Abläufe mit ihren anonymen sozialen Interaktionen haben depravierende Auswirkungen, deren Folgen eine soziale Isolierung ist, d.h. eine verringerte Beziehung mit anderen Menschen, eine Beeinträchtigung von Aufmerksamkeitsgestaltung oder Zuwendung auch zur dinglichen Umwelt, Apathie und Unzulänglichkeit (Rathgeber 1975, 91 ff.).

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)	0 3 Monate			3 6 Monate			6 12 Monate			1 3 Jahre			3 10 Jahre			mehr als 10 Jahre			Zeitraum unbekannt		
		A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
		(Anzahl der Aufn.)			(Anzahl der Aufn.)			(Anzahl der Aufn.)			(Anzahl der Aufn.)			(Anzahl der Aufn.)			(Anzahl der Aufn.)			(Anzahl der Aufn.)		
2	präsenile oder senile Demenz	1 (1)	1 (1)						1 (1)					1 (1)								
6	andere organisch psychisch Erkrankng	2 (1)	1 (1)		3 (1 3)	1 (1)			1 (4)			1 (2)		1 (6)	1 (1)			1 (1)				3 (1+)
1	Persönlichkeitsstörung													1 (6)	1 (2)	1 (5)						
13	Oligophrenie	2 (1)			1 (1)			4 (1,2)	1 (1)	3 (1 6)			3 (3)	1 (2)	9 (1,4)	2 (2+)	5 (2)	2 (1)				1 (1+)
12	Alkoholismus	3 (1)		1 (1)		5 (1)		2 (1,5)			5 (2 8)	2 (1 5)		2 (1 5,	3 (1)			2 (1)				
11	Psychosen Zyklophrenie, Involutions Depressionen, schizo affektive Psychos	3 (1)	3 (3 3)	2 (1)	1 (2)	2 (1)	1 (2)	3 (3,3)	2 (1)	1 (7)	1 (1)			2 (3 5)	4 (1)	1 (1)	1 (4)					1 (1)
34	Schizophrenien	5 (1,4)	8 (2,3)	6 (1,3)	4 (2)	4 (1 2)	4 (1,2)		3 (1 3)	3 (2)	9 (5,5)	6 (1,8)	1 (2)	8 (3,6)	11 (2,1)	1 (6)	7 (1 6)	2 (1)		1 (8)		8 (4 7)
1	nicht klassifizierbar										1 (1)	1 (1)										
80	Gesamt	16	13	9	9	12	5	9		7	16	11	4	16	29	5	13	7		1		14
	%	20 %	16 %	11 %	11 %	15 %	6 %	11 %	10 %	9 %	20 %	14 %	5 %	20 %	36 %	6 %	16 %	9 %		1 %		18 %

Tabelle 32 Zeiträume der Verweildauer in unterschiedlichen stationären psychiatrischen oder vergleichbaren Einrichtungen Absolutzahlen und Gesamtprozent, (durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen)
A = Großklinik, B = kleinere Klinikeinheit, C = andere psychiatrische Institutionen

Es ergibt sich eine über die Ausgangszahl der Patienten hinausgehende Häufung in der Quersumme, da es sich um die Verweilzeiträume von 2 bzw. mehr als 2 psychiatrischen Einrichtungen handelt.

Betrachtet man nun die Tabelle, so springt einem der Verweilzeitraum von 1 - 3 Jahren ins Auge, in dem schwerpunktbildend die Gruppe der Schizophrenen und die Alkoholiker zu finden ist. Eine Erklärung hierfür mag sein, daß im ersten Jahr nach einer klinischen Aufnahme in diesem Fall aufgrund der veränderten Situation nach der Verlegungsaktion noch mehr Öffnung und Orientierung nach draußen besteht. Außerdem nimmt die Besuchsfrequenz eindeutig mit der Verweildauer ab, so weit sie über ein Jahr hinausgeht ("Zäsurjahr"). D.h. die Bedeutung des mitmenschlichen Kontaktes verringert sich, der aber eine entscheidende Voraussetzung für eine Entlassung ist (JONAS et al. 1969, 74). Nach dem 1. Aufenthaltsjahr nimmt die Entlassungsquote für die Gesamtheit der unterschiedlichen Institutionen augenfällig ab. Die Patienten bleiben zunächst und werden - wenn sie nicht bis dahin schon dieses Etikett trugen - zu "Dauerfällen", bestenfalls zu Langzeit-(rehabilitations-)Patienten.

Zum anderen hat es die Psychopharmakatherapie ermöglicht, daß chronisch Schizophrene heute statt 4 Jahre, nur mehr 4 Monate im Mittel verbleiben (HUBER 1971, zit. nach FINZEN 1971, 37).

Das scheint bei dieser Kohorte jedoch nicht der Fall zu sein. Chronisch Schizophrene gehören - wenn auch mit häufigeren Entlassungen und Wiederaufnahmen (These 2 bestätigend) - neben den Oligophrenen doch zu jenen Patienten, die im Mittel am längsten stationär verbleiben (3 - 10 und mehr Jahre).

These 1 kann bezüglich der längsten Verweilzeiträume für die Oligophrenen und Schizophrenen, nicht aber für die Alkoholiker oder die Psychotiker bestätigt werden. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren jedoch die meisten Psychotiker (10 von 11) verstorben, so daß dieses Ergebnis verfälscht wirkt.

7.1 Verweilzeiträume in der Großklinik

Wie schon in Kapitel II.3.2.3 beschrieben, war insbesondere die Spannbreite der Aufenthalte in der Großklinik besonders groß.

Anz.	Diagnosen	0 - 3 Mo. (Anz.d.Aufn.)	3 - 6 Mo.	6 - 12 Mo.	1 - 3 Jahre	3 - 10 Jahre	mehr als 10 Jahre	Zeitraum unbekannt
2	präsenile oder senile Demenz	1 (1)				1 (1)		
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng	2 (1)	3 (1,3)			1 (6)		
1	Persönlichkeits-störung					1 (6)		
13	Oligophrenie	2 (1)	1 (1)	4 (1,2)		1 (2)	5 (2)	
12	Alkoholismus	3 (1)		2 (1,5)	5 (2,8)	2 (1,5)		
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	3 (1)	1 (2)	3 (3,3)	1 (1)	2 (3,5)	1 (4)	
34	Schizophrenien	5 (1,4)	4 (2)		9 (5,5)	8 (3,6)	7 (1,6)	1 (7)
1	nicht klassifizierbar				1 (1)			
80	Gesamt	16	9	9	16	16	13	1
	%	20 %	11 %	11 %	20 %	20 %	16 %	1 %

Tabelle 33 Zeiträume der Verweildauer in der Großklinik, Absolutzahlen und Gesamtprozent; (durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen)

Die beiden extremen Positionen betrafen einmal: Eine bei der Verlegung 54-jährige Patientin (1512), die einzige weibliche Alkoholikerin, Er-

krankungsalter 46 Jahre (nach Tod des Mannes) als mißlungene Form der Trauerarbeit mit nur 20 Tagen in der Großklinik, die nach 3 Monaten, 2 Tagen aus der kleineren Klinikeinheit entlassen wurde und seitdem wieder im Umfeld ihrer weiteren Familie in Westdeutschland lebt. Zum anderen betraf es einen bei der Verlegung 61-jährigen Patienten (0703) mit der Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie bei intellektueller Minderbegabung, der ununterbrochen 31 Jahre und 11 Monate in der Großklinik verwahrt worden war und dennoch nach 7 Monaten, 9 Tagen in der kleineren Klinikeinheit in ein Heim entlassen werden konnte, wo er allerdings 1 1/2 Jahre später, 63-jährig, an Herz- und Kreislaufversagen verstarb.

In den drei Verweilzeiträumen zwischen 0 und 12 Monaten und dem von 1 - 3 Jahren zeigen die Alkoholiker eine gleiche Häufung, nämlich jeweils 5 (von insgesamt 12). Bei den Schizophrenen finden wir für diese Verweilzeiträume eine vergleichbare Verteilung, nämlich jeweils 9 (von insgesamt 34). Der Verweilzeitraum von 1 - 3 Jahren zeigt für beide Gruppen die häufigste Wiederaufnahmerate für ihre jeweilige Diagnosengruppe.

Diese Zahlen mögen eine rein zufällige Entsprechung haben, ohne Signifikanz oder Aussagewert. Wenn auch mit vorsichtiger Beurteilung, läßt sich dennoch daraus folgern, daß es einerseits in der Großklinik durchaus Bemühungen gegeben hat, Patienten eher wieder zu entlassen (siehe gehäufte Wiederaufnahmerate), daß Patienten aber andererseits innerhalb kurzer Zeit - häufig schon wenige Wochen nach der ersten Aufnahme - als Dauerfälle betrachtet und entsprechend auf dem "Abstellgleis" einer Chronikerstation landeten (vgl. auch hierzu HARTMANN u. MEYER 1974, 5), von der sie gerade durch die Verlegungsaktion nochmals in Richtung einer Rehabilitationschance bewegt wurden.

Wie sieht es nun bei den einzelnen Diagnosen aus?

Psychosen insgesamt

Hohe Verweilzeiträume zwischen 3 - 10 Jahren und mehr als 10 Jahre hatten 18 psychotisch Erkrankte.

3 Pat. Psychotiker

18 psychotisch Erkrankte — Verweilzeiträume zwischen 3 - 10 und mehr Jahre

15 Pat. Schizophrene

7 schizophrene Patienten dieser Gruppe hatten sogar ein Mittel von knapp 20 Jahren als Verweilzeitraum (Streubreite von 13 - 31 Jahren), wobei dies keineswegs nur Altersschizophrene waren, denn ihr Verlegungsalter bewegte sich zwischen 37 und 78 Jahren (nur 2 davon über 60 Jahre). 3 von diesen 7 schizophrenen Patienten sind verstorben, die weiteren 4 befinden sich noch bis heute als Dauerfälle in der kleineren Klinikeinheit.

Bei diesen hohen Verweilzeiträumen scheinen Hospitalisierungsschäden so gravierend gewesen zu sein, daß die Rehabilitationschancen, die die neue Situation in der kleineren Klinikeinheit anbot, nicht genutzt werden konnten.

Nur eine Patientin (1611) mit der Diagnose paranoid-halluzinatorische Psychose im Senium - 75-jährig bei der Verlegung - (erkrankte mit 59 Jahren) hatte eine Verweildauer von mehr als 10 Jahren bei 4 Aufnahmen in der Großklinik. Auch sie verblieb - wie die 4 noch lebenden Schizophrenen mit der höchsten Verweildauer - ununterbrochen in der kleineren Klinikeinheit und trug noch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese ihr ausgeprägtes Wahnsystem vor.

Sie war die 2. von 8 Kindern und war als Hausangestellte bis 5 Jahre vor der normalen Berentung tätig. Es besteht ein relativ guter Kontakt zur Tochter, die sie einmal im Monat besucht oder aus der Klinik abholt.

Oligophrene

Die 13 männlichen Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand hatten naturgemäß ein Mittel eines sehr frühen - als manifeste Behinderung oder psychiatrische Erkrankung - diagnostizierten Erkrankungsalters. Das durchschnittliche Erkrankungsalter betrug 15 Jahre (Spannweite von 25 Jahren), wobei

8 Pat. zwischen 0 - 15 Jahren
2 Pat. zwischen 15 - 20 Jahren
3 Pat. zwischen 21 - 30 Jahren

psychiatrisch auffällig wurden.

Das Verlegungsalter betrug bei dieser Diagnosengruppe im Mittel jedoch schon 30,2 Jahre (Spannweite: 42 Jahre). Vergleicht man nun den Mittelwert des Erkrankungsalters 15 Jahre
mit dem Mittel des Verlegungsalters 30 Jahre,
so ergibt sich ein manifester
"Vorerkrankungszeitraum"[1] von 15 Jahren
für diese Diagnosengruppe.

Dieser relativ hohe Vorerkrankungszeitraum für eine Diagnosengruppe jüngeren Alters (von 15 - 57 Jahre bei der Verlegung) schlägt sich auch in den Verweilzeiträumen, insbesondere von 5 dieser 13 Oligophrenen nieder, die vor der Verlegungsaktion schon mehr als 10 Jahre in der Großklinik verwahrt worden waren. Die Verweilzeiträume dieser 5 Patienten bewegten sich zwischen mehr als 13 und mehr als 23 Jahren mit einem Mittel von 19,3 Jahren.

Diagnosen der Großklinik	Jahre	Monate	Wochen	Tage	Aufnahmen
Imbezillität	15	7	-	20	1
hochgradiger Schwachsinn	13	3	2	4	4
Imbezillität	20	2	-	3	1
Imbezillität	23	-	3	4	1
Debilität	23	11	3	1	3

Tabelle 34 Verweilzeiträume in der Großklinik von 5 oligophrenen Patienten (aus insgesamt 13).

3 dieser Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese weiterhin als Dauerfälle auf der Chronikerstation. 2 dieser Patienten konnten jedoch trotz der 13- bzw. über 15-jährigen Verweilzeit in der Großklinik im Verlauf nach weiteren 5 bzw. über 9-jährigen Aufenthaltsdauer in der kleinen Klinikeinheit in eine extramurale Einrichtung (heilpädagogisches Zentrum) bzw. in eine Übergangswohngemeinschaft auf dem erweiterten Klinikgelände entlassen werden (zwei weitere Oligophrene ebenso). Beide Einrichtungen bieten mehr Förderungs-

1) Zeitspanne in Jahren an vorausgegangener manifester Erkrankung gemessen am Zeitpunkt der Verlegung (s. auch Kap. III.3.2)

möglichkeiten zur sozialen Autonomie an als dies eine stationare klinische Einrichtung anzubieten vermag, da der Stationsalltag mit seinen Versorgungsaspekten vielmehr den regressiven Tendenzen der Patienten Vorschub leistet.

7.2 Verweilzeiträume in der kleineren Klinikeinheit

Die Verweildauer in der kleineren Klinikeinheit betrifft den Zeitraum zwischen Verlegungszeitpunkt und Stichtag der Erhebung (20.9.1979), d.h. einer Zeitspanne von ± 10 Jahren.

Anz	Diagnosen	0 - 3 Mo. (Anz.d.Aufn.)	3 - 6 Mo.	6 - 12 Mo.	1 - 3 Jahre	3 - 10 Jahre	mehr als 10 Jahre
2	präsenile oder senile Demenz	1 (1)		1 (1)			
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	1 (1)	1 (1)	1 (4)	1 (2)	1 (1)	1 (1)
1	Persönlichkeits-störung					1 (2)	
13	Oligophrenie			1 (1)	1 (1)	9 (1,4)	2 (1)
12	Alkoholismus		5 (1)		2 (1,5)	3 (1)	2 (1)
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	3 (3,3)	2 (1)	2 (1)		4 (1)	
34	Schizophrenien	8 (2,3)	4 (1,2)	3 (1,3)	6 (1,8)	11 (2,1)	2 (1)
1	nicht klassifizierbar				1 (1)		
	Gesamt	13	12	8	11	29	7
	%	16 %	15 %	10 %	14 %	36 %	9 %

Tabelle 35 Zeiträume der Verweildauer in der kleineren Klinikeinheit (Stichtag: 20. August 1979), Absolutzahlen und Gesamtprozent; (durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen)

Naturgemäß konnten sich zu dem Stichtag nur wenige Patienten mehr als 10 Jahre in der kleineren Klinikeinheit befunden haben, dennoch ist die Zahl der Patienten, die zwischen 3 - 10 bzw. mehr als 10 Jahre stationär verblieben sind, gerade für die kleinere Klinikeinheit mit 29 bzw. 36 Patienten insgesamt besonders hoch. Zieht man zum Vergleich Schema Vorgehensweise (Kapitel II.2.1) hinzu, so sieht man, daß sich

zum Zeitpunkt der Spätkatamnese insgesamt noch 17 Patienten stationär in der Klinik befanden. D.h. aber, daß in dem Zeitraum 3 - 10 Jahre oder mehr als 10 Jahre im Verlauf noch 19 Patienten aus der Klinik entweder entlassen oder in andere Einrichtungen verlegt worden waren. 9 dieser Patienten verstarben. 10 der insgesamt 36 Patienten mit diesen hohen Verweilzeiträumen waren zum Zeitpunkt der Spätkatamnese zumindest außerhalb dieser psychiatrischen Einrichtung lebend.

Wie sieht das nun bei den einzelnen Diagnosen aus, wobei vor allem die hohen Verweilzeiträume von Interesse sind.

Oligophrene

Die Zahl der Patienten (9 von insgesamt 13) mit geistigem Entwicklungsrückstand, die in den beiden Verweilzeiträumen 3 - 10 und mehr als 10 Jahre erscheinen, ist ebenso irreführend hoch. Von den insgesamt 13, meist jugendlichen Oligophrenen, befanden sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese nämlich nur noch 4 in der kleineren Klinikeinheit. Es waren in diesen Zeiträumen 9 Patienten dieser diagnostischen Gruppe entlassen worden. 1974 und 1975 sind 3 Patienten im Rahmen der Eröffnung eines heilpädagogischen Zentrums dahin verlegt worden. 3 weitere Patienten wurden innerhalb der ersten 3 - 5 1/2 Jahre in Heime entlassen. 1 Patient (1412) dieser Gruppe - 15-jährig bei der Verlegung - befand sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese im Schoß seiner Familie. 2 weitere Patienten wurden in eine 1978 gegründete Übergangswohngemeinschaft auf dem erweiterten Klinikgelände entlassen. Einer der beiden Patienten (1410) hatte sich zuvor ununterbrochen insgesamt 15 Jahre, 7 Monate, 20 Tage in der Großklinik befunden und in der kleineren Klinikeinheit ununterbrochen 9 Jahre, 8 Monate, 1 Tag, so daß es zu einem nur durch die Verlegung scheinbar unterbrochenen über 25-jährigen klinisch-stationären Verweilzeitraum kam.

Die Diagnose Imbezillität (deutlicher Schwachsinn), die die Großklinik dem Patienten gab, veränderte sich in der kleineren Klinikeinheit zu einer Minderbegabung mit einer weiteren Ausdifferenzierung des Stottern und der aggressiven Untersteuerungsreaktionen als nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung. Die Unterbringungsgründe dieses Patienten lauteten auf Gefährdung der öffentlichen Ordnung, Gemeingefährlichkeit, hochgradiger Schwachsinn (Idiotie). Dieser Patient

stammte von einem schwachsinnigen Elternpaar ab, wobei die Großmutter die 4 Kinder (2 Brüder ±, auch schwachsinnig, 1 Schwester - normal intelligent) betreute, aber der Erziehung nicht gewachsen war. 9-jährig zeigte er verschiedene Verhaltensauffälligkeiten: zündelte in der Wohnung, drehte den Gashahn auf, bewarf die Nachbarin mit Steinen usw. Die Entwicklung war verlangsamt und trotz geordneter Familienverhältnisse bestand keine intellektuelle Förderung oder soziale Entwicklungsmöglichkeit. Im Verlauf wurde er in Heimen erzogen, wobei mehrmalige Schulversuche scheiterten. Dieser Patient war bis zu seiner Entlassung in seinem Leben noch nie tätig gewesen. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese arbeitete er in einem geschützten Milieu und half bei der Selbstversorgung in der Übergangswohngemeinschaft, die von einer Psychologin und einem Soziologen betreut wurde. Auch nach dieser langjährigen Unterbringung war noch eine Entlassung aus stationärem Verwahren möglich!

Alkoholiker

5 der 12 Alkoholabhängigen konnten innerhalb der ersten 6 Monate aus der kleineren Klinikeinheit entlassen werden, wobei 3 dieser Patienten auch in der Großklinik Verweilzeiträume von nur 20 Tagen bis 2 Monaten aufwiesen.

5 weitere verblieben 3 - 10 Jahre bzw. mehr als 10 Jahre. Es drehte sich bei diesen Patienten naturgemäß um Erkrankungen schweren Ausmaßes, die in der kleineren Klinikeinheit einen eindeutigen chronischen Verlauf nahmen (vgl. Tab. Verweilzeiträume in der Großklinik u. Tab. Zeiträume der Verweildauer in anderen Institutionen).

3 Korsakowerkrankte
1 Patient mit einer Alkohol-Epilepsie
1 bei der Verlegung 67-jähriger Patient, der 1949, 46-jährig, manifest erkrankte

Beispielhaft steht hier der Schicksalsweg eines Patienten, dessen Lebensgeschichte schon früher zitiert wurde.

Der Patient (1505) war der 2. Sohn in einer Mittelstellung von 5 Kindern. Der Vater verstarb im 1. Weltkrieg, woraufhin ihm die Mutter ganz offiziell den Hof (kleinerer Ort in Thüringen) zur Bewirtschaftung übergab, was er selbständig tat. Der ältere Bruder war lange beim Militär, bei der Garde und habe dort den Aufstand in Schlesien mitgemacht. Bei der Machtergreifung Hitlers kehrte der ältere Bruder (+4)

zurück, forderte aufgrund der Erbfolge den Hof und enthob den Patienten der langjährig innegehabten Position des Haushaltsvorstandes. Der Hof ernährte keine zwei, so daß der Patient nach Berlin kam und in einer Zementfabrik zu arbeiten begann. Hier sind lebensgeschichtlich eindeutig orale Versagungen gesetzt und durch die Rückkehr des Bruders eine Entmachtung erfolgt, die eine schwere narzißtische Kränkung bedeutete. 1965 wurde der Patient, 63-jährig, wegen chronischer Trunksucht und Verwahrlosung entmündigt. Zuvor war er wegen "Eigentums"-Delikten 13mal vorbestraft und 2 1/2 Jahre inhaftiert gewesen. Auf dem Hintergrund dieses brüderlichen "Mundraubs", der frühere Versagenserlebnisse mobilisiert haben mag, wird das "Vergreifen am Eigentum anderer" verstehbar, ebenso wie die reaktive depressive Entwicklung des Patienten, der sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese schon knapp 15 Jahre ununterbrochen klinisch versorgen ließ. Auf der Station der kleineren klinischen Einheit, wo er verblieben ist, führte der Patient ein Eigenleben, hatte nach außen und zur Familie, die in der DDR lebte, keinerlei Kontakt. Im Interview der Spätkatamnese war der Patient erfreut über die vermehrte Zuwendung und trotz seines vermuteten geistigen Abbaus von relativ hoher geistiger Präsenz.

Psychosen

Auch Schizophrene und Psychotiker weisen eine Häufung von langen Verweilzeiträumen auf. Das ergibt für 17 von 45 Patienten Verweilzeiträume von 3 - 10 und mehr als 10 Jahren. Allerdings konnten 22 Patienten im Zeitraum des 1. Jahres nach der Verlegung entlassen werden. Das entspricht einer vergleichbaren Anzahl von Patienten, die in der Großklinik (s. Tab. "Zeiträume der Verweildauer in der Großklinik") ähnliche Verweilzeiträume aufwiesen. Trotz der grundsätzlichen Häufung von Entlassungen und Wiederaufnahmen bei diesen Diagnosegruppen kommt es zu relativ hohen Verweilzeiträumen.

Von den 4 Psychotikern, die eine Verweildauer zwischen 3 - 10 Jahren hatten, sind 3 verstorben (2 Männer und 1 Frau). Eine weitere weibliche Psychotikerin befindet sich (85-jährig) wohl, aber täglich halluzinierend und seit der Verlegung ununterbrochen in der kleineren Klinikeinheit. Die 7 Psychotiker mit kürzeren Verweilzeiträumen sind alle verstorben, häufig stationär nach wenigen Monaten der Verlegung.

Ebenso sind von den insgesamt 13 Schizophrenen dieser Verweilzeiträume (3 - 10 und mehr als 10 Jahre) innerhalb der ersten 5 Jahre noch 3 Patienten entlassen worden, ein weiterer Patient nach knapp 9 Jahren

in die neueröffnete Übergangswohngemeinschaft auf dem erweiterten Klinikgelände. 9 Schizophrene sind in der kleineren Klinikeinheit stationär verblieben.

Die große Anzahl der insgesamt verstorbenen Psychotiker (10 von 11) und die relativ große Anzahl der in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen schizophrenen Patienten (10 von 34, dabei nur 1 Patient mit mehreren Aufnahmen) gibt einen Hinweis auf den Schweregrad der Erkrankung.

Es wurde festgestellt, daß trotz der sonst hohen Wiederaufnahmequoten (d.h. gleichermaßen vermehrte Entlassung - s. dazu auch Tabelle 37: Zur insgesamten Häufigkeit der Aufnahmen auf S. 294) - der Schizophrenen 9 ununterbrochen in der Klinik verblieben, wobei es sich - außer einer weiblichen Patientin, die 78-jährig bei der Verlegung war - um eine eher junge Altersgruppe handelte, die im Mittel 36 Jahre (Streubreite 19 Jahre) bei der Verlegung zählte. Auch dies macht eine weitere Aussage über das Ausmaß der Erkrankung oder des Regressionsbedürfnisses der Patienten und deren soziale Deprivation aufgrund ihrer langjährigen Internierung: 5 der 10 in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen Patienten wiesen nämlich schon in der Großklinik Verweilzeiträume zwischen mehr als 9 - 20 Jahre auf; die anderen 5 Patienten dieser Gruppe zeigten Verweilzeiträume von knapp 2 bis knapp 6 Jahren.

7.3 Verweilzeiträume in anderen psychiatrischen oder vergleichbaren Institutionen

Die genaue Umschreibung anderer stationärer psychiatrischer Institutionen oder vergleichbarer Einrichtungen, die in den Krankengeschichten der Patienten erschienen, war nicht möglich. Es wurden in jedem Fall die Institutionen festgehalten, deren Charakter sich auf die jeweilige Krankheit oder Behinderung des Patienten oder seine Rehabilitation bezogen.

Was die jugendlichen Patienten betraf, waren eine Vielzahl von Fürsorge- und Kinderheimen, Erziehungsanstalten, dann das Erziehungsheim

der Großklinik, das Jugendwohnheim, Jugendwerkheime usw., aber auch psychiatrische Kinderkliniken als Ausgangspunkt ihrer institutionellen Karriere feststellbar. Allgemein formuliert galten deren rehabilitative Ansätze der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung von unerwünschten verwahrlosten oder für eine Familie nicht tragbaren Kindern oder Jugendlichen.

Inwieweit die genannten Einrichtungen mit ihren eher sozial-fürsorgerischen und heilpädagogischen Aspekten tendenziell eher erfolgreich oder nicht erfolgreich arbeiten, ist hier nicht faßbar. Offensichtlich war einmal, daß die 6 jugendlichen Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand (aus den 9 der Tabelle 36 "Zeiträume der Verweildauer in anderen psychiatrischen Institutionen"), die diese Institutionen durchliefen, später als Dauerfälle in die Großklinik aufgenommen und dort untergebracht waren. Die vielen gescheiterten Schulversuche (teils in Heim-, teils in Sonderschulen) dieser Patientengruppe ist zum anderen nicht so sehr ein Indiz für den Mißerfolg der Zielvorstellungen dieser Einrichtungen, da sie ja einerseits an die intellektuellen Grenzen, die die Patienten setzten, stoßen mußten, macht aber auch deutlich, wie hoffnungslos ein derartiges Unterfangen bleibt, wenn nicht geeignete Bezugspersonen (d.h. mindestens ein erhöhter Personalaufwand) durch erhöhte Zuwendung und Interesse den sich in Entwicklung befindenden Jugendlichen Zugang zu einer inneren Motivation eröffnet.

Befanden sich diese Einrichtungen außerhalb Berlins und gab es noch familiale Bezugspersonen, so krankten häufig die teilweise durch eine schwankende Erziehung von extremer Strenge und maßloser Verwöhnung - die häufig in der Erziehung von Oligophrenen zu finden ist - sehr abhängig gehaltenen Jugendlichen an Heimweh, was in einem Fall zur Aufnahme in der Großklinik führte.

Anz	Diagnosen	0 3 Mo. (Anz d.Aufn.)	3 6 Mo.	6 - 12 Mo.	1 - 3 Jahre	3 - 10 Jahre	mehr als 10 Jahre	Zeitraum unbekannt
2	präsenile oder senile Demenz							
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.							3 (1 +)
1	Persönlichkeits-störung					1 (5)		
13	Oligophrenie			3 (1,6)	3 (3)	2 (2 +)		1 (1 +)
12	Alkoholismus	1 (1)						
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	2 (1)	1 (2)	1 (7)		1 (1)		1 (1)
34	Schizophrenien	6 (1,3)	4 (1,2)	3 (2)	1 (2)	1 (6)		9 (4,7)
1	nicht klassifizierbar							
80	Gesamt	9	5	7	4	5		14
	%	11 %	6 %	9 %	5 %	6 %		18 %

Tabelle 36 Zeiträume der Verweildauer in anderen psychiatrischen oder vergleichbaren Institutionen, Absolutzahlen und Gesamtprozent; (durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen)

Neben den Einrichtungen, die die Jugendlichen durchliefen, handelt es sich für die Erwachsenen eher um stationäre Einrichtungen:

- Nervenheilanstalten, Nervenkliniken 26 Aufnahmen
- Bodelschwingsche Anstalten 1 Aufnahme
- Heil- und Pflegeanstalten 7 Aufnahmen
- Sanatorien 1 Aufnahme
- Kuranstalten 7 Aufnahmen
- Landesnervenkliniken 25 Aufnahmen
- Psychiatrische Universitäts-Kliniken 8 Aufnahmen
- Neurologisch-psychiatrische Abteilungen 9 Aufnahmen

Wie oft diese Einrichtungen für den Patienten insgesamt namentlich in der Krankengeschichte auftauchten, ist an der Anzahl ihrer Aufnahmen erkennbar.

In welcher Weise deren therapeutische Vorstellungen variieren und ob neben verwahrenden auch rehabilitative Ansätze bestanden, war auch hier nicht überprüfbar.

Die Auflistung schlüsselt jedoch auf, daß die Einrichtungen mit vermutlich größerem institutionellem Rahmen (Landesnervenklinik und Nervenheilanstalten, Nervenkliniken anderer Nominatur) häufiger vorgefunden werden, so daß schon bei der ersten Begegnung mit der Psychiatrie für viele Patienten die iatrogenen Faktoren sozialer Isolierung gesetzt waren.

Zunächst und insbesondere im Vergleich zu den Tabellen der beiden anderen stationären klinischen Einrichtungen fällt in dieser Tabelle die Spalte "Zeitraum unbekannt" mit insgesamt 14 Patienten (aus 80) ins Auge. Das hängt damit zusammen, daß manche der früheren Aufnahmen und Aufenthalte bis zu 54 Jahre (1925) zurücklagen und wenig für den Patienten erinnerlich waren oder auch, wenn es sich um Einrichtungen in den deutschen Ostgebieten handelte, kein Zugang zu den Krankengeschichten gefunden werden konnte.

Zum anderen betraf es Patienten mit organisch psychiatrischen Erkrankungen, die aufgrund ihres geistigen Abbaus keine eigenen genauen Aussagen machen konnten:

1 Chorea Huntington mit MS
1 hirnatrophischer Prozeß
1 symptomatische Epilepsie

Bei dem einen Patienten (1409) mit geistigem Entwicklungsrückstand (Imbezillität; Nebendiagnose: Alkoholabusus), der in dieser Spalte auftauchte, handelte es sich um einen bei der Verlegung 57-jährigen in Berlin geborenen Patienten (1409), dessen Familiengenese oder manifestes Erkrankungsalter auch aufgrund seines geistigen Abbaus nicht eruierbar waren. Ebensowenig war die Anzahl und der Zeitraum der anderen stationären Behandlungen bekannt. Aus der Krankengeschichte geht nur die Aufnahme in der Anstalt 1937 (in der er sterilisiert wurde), d.h. zum Zeitpunkt der Spätkatamnese vor 42 Jahren, hervor. Der Verweilzeitraum in der Großklinik betrifft für diesen Patienten 8 Jahre, 9 Monate, bei 2 Aufnahmen und dessen Fortsetzung in der kleineren Klinikeinheit 3 Jahre, 2 Monate, 11 Wochen, 4 Tage, bis er in ein Heim entlassen wurde.

Selbst wenn die nicht bekannt gewordenen Aufnahmen und Aufenthalte in anderen stationären psychiatrischen Einrichtungen dieses Patienten nicht hinzugezählt werden, so ist es ein langer, mindestens über 12-jähriger Marsch durch psychiatrische Institutionen. Dennoch machte die extramurale Unterbringung dieses Patienten in einem offenen Heim in Westdeutschland keinerlei Probleme. Zur Spätkatamnese saß der Patient in der Sonne vor der Tür und freute sich über den unerwarteten Besuch. Es bestanden zwar keine Außenkontakte, aber der Patient hatte guten Kontakt zu allen in dem gemischten, 45 Betten großen Heim; im Gegensatz zur Kontaktlosigkeit auf der Station in der Klinik.

Die Schizophrenen sind mit 9 (aus 34) gehäuft in der Spalte "Verweilzeitraum unbekannt" vertreten. Hier ging es vermehrt auch um Aufnahmen, die einige Jahrzehnte zurücklagen, wobei Ende der 30-er, Anfang der 40-er und Ende der 50-er Jahre eine Haufung von Aufnahmen und Aufenthalten feststellbar ist. Aus dem schon o.g. Grund waren auch hier genaue Angaben nicht zu erfahren.

Ein weiterer Grund bestand auch in der Häufung der Aufnahmen für den einzelnen psychotischen Patienten, was dann die Verweilzeiträume unüberschaubar werden läßt. So ist ein Mittel von 4,7 Aufnahmen relativ hoch, wobei dieser Wert insbesondere durch einen bei der Verlegung 29-jährigen Patienten (1718), der 1969 schon über 40 psychiatrisch stationäre Aufnahmen bei mindestens 14 Aufenthalten in unterschiedlichen Nervenkliniken aufwies. Ein weiterer, bei der Verlegung 37-jähriger Patient (1713) war vor der 1. Aufnahme in der Großklinik schon 11mal nervenklinisch behandelt worden. Die 7 anderen Patienten dieser Spalte hatten zwischen 2 - 5 Aufnahmen vor der letzten Aufnahme in die Großklinik und zwar teilweise auch einige Jahrzehnte zurückliegend, so daß genaue Zeitangaben nicht gemacht werden konnten.

Psychosen insgesamt

Von den insgesamt 30 psychotisch erkrankten Personen, die Aufnahme in anderen psychiatrischen Einrichtungen hatten, handelte es sich um:

24 Schizophrene (von 34)
6 andersartige Psychotiker (von 11)

die gehäuft ihre ersten psychiatrischen Stationen mit relativ kurzen Verweilzeiträumen zwischen 8 - 12 Monaten durchliefen. Das entspricht den Umschreibungen einer Drehtürpsychiatrie, deren Endstation die chronische Abteilung ist.

Alkoholiker

Wider Erwarten zeigen 11 chronisch erkrankte Alkoholiker (von 12) keine Aufnahmen in anderen psychiatrischen oder vergleichbaren Einrich-

tungen. Auch bei dem einen Patienten (0503), der in der Tabelle erscheint, handelt es sich um einen bei der Verlegung 63-jährigen Mann, der sich nur für 2 1/2 Tage vor der Aufnahme in die Großklinik in einer klinischen, stationären Einrichtung für Alkoholerkrankte befand.

Er mußte dann aber wegen Umtriebigkeit und Orientierungslosigkeit und demonstrativen Suiziddrohungen in die Großklinik eingewiesen werden. Bis zum Zeitpunkt der Verlegung befand er sich dort ununterbrochen 4 Jahre, 1 Monat, 2 Wochen; in der kleineren Klinikeinheit, 2 Jahre, 10 Monate, 2 Wochen, 3 Tage bis zu seinem Tode aufgrund eines metastasierenden Zungengrundkarcinoms.

Diskussionspunkte zu Verweilzeiträumen in anderen psychiatrischen oder vergleichbaren Institutionen wären einmal die alkoholerkrankten Patienten und die Psychotiker insgesamt.

Die alkoholerkrankten Patienten konnten bis zu ihrer ersten Aufnahme in der Großklinik offensichtlich gut kompensiert draußen leben, denn es gab keine nennenswerten Aufnahmen in anderen Einrichtungen. Daß der Verwahrcharakter der Großklinik, nachdem die Patienten ihn einmal kennengelernt hatten, ihren regressiven Wünschen nach Versorgtwerden entsprach, ist anzunehmen. 4 Patienten (von 12) dieser Diagnosengruppe hatten keine Aufnahmen[1] in anderen Einrichtungen, vielmehr nur eine Aufnahme in der Großklinik und blieben dort. 8 Patienten (von 12) hatten keine Aufnahmen in anderen Einrichtungen, dafür 2 - mehrere Aufnahmen in der Großklinik: d.h., sie kamen wieder.

Inwieweit eine entsprechende ambulante Einrichtung ohne diesen regressiven Tendenzen entgegenzukommen, diesen Patienten - nach einem kurzen Entzug - langfristig förderlicher gewesen wäre, ist nur zu vermuten. Bekanntermaßen werden gerade auch in Großkliniken (aber nicht nur da) unter der Hand Sucht- oder Rauschmittel "verdealt", so daß es gar nicht zu einem echten Entzug kommt, der dann rehabilitativen Chancen Raum geben würde. Die Situation scheint ideal. Man be-

---

1) außer 1 Patient, der 2 Tage in einer Klinik für Alkoholerkrankte direkt vor der Einweisung in der Großklinik zubrachte.

kommt seinen Stoff und muß sich nicht mehr um das lästige tägliche Einerlei kümmern. Damit wird jeglicher Anforderungscharakter eingebüßt oder umgangen. Neben der Flucht in die Illusion, die ein erneuter, während der stationären Behandlung herbeigeführter Rausch beinhaltet, ist er ja auch Appell: Seht, ich bin weiterhin behandlungs- und versorgungsbedürftig und darf deshalb nicht entlassen werden. Die Angst vor den Anforderungen, die ein Leben draußen setzt, wächst mit zunehmendem Verweilzeitraum und wird bald unbewältigbar und deshalb endgültig vermieden.

Auch die eindeutige "Drehtürpsychiatrie", der die Psychotiker insgesamt vor der Aufnahme in die Großklinik ausgesetzt waren, weist darauf hin, daß psychiatrische Kliniken oder vergleichbare Einrichtungen zum Abfangen des Höhepunktes einer Krise wohl noch eine Berechtigung haben, wenn dafür nicht halb-stationäre Einrichtungen genügen dürften. Spätestens nach Abklingen der Primärsymptome müßte ein Öffnen nach außen mit rehabilitativen Schwerpunkten und eine baldige Entlassung forciert werden. Dies kann aber nur möglich sein, wenn entsprechende ambulante Einrichtungen sektoralisiert vorhanden sind, die die weitere Betreuung der Patienten übernehmen können, so daß eine stufenweise Rück- oder Zuführung in eine nicht-psychiatrische "normale" soziale Umwelt gewährleistet wird, die erneute Aufnahmen, zumindest längerfristiger Art, weitgehend verhindern kann.

7.4 Häufigkeit aller stationären psychiatrischen Aufnahmen

Die Anzahl aller stationären psychiatrischen Aufnahmen bis zum Stichtag (20.08.1979) pro Diagnose zeigt folgende Tabelle.

Nicht einbezogen war hier die Anzahl der Aufenthalte in Fürsorge- oder psychiatrischen Erziehungsheimen. Außerdem wurde die Verlegungsaktion von der Großklinik in die kleinere Klinikeinheit als eine Neuaufnahme gewertet, so daß es in jedem Fall zu mindestens zwei Aufnahmen kam. Die im Verlauf erfolgten Rückverlegungen von 4 Patienten aus der kleineren Klinikeinheit in die Großklinik wurde hingegen nicht als Aufnahme mitgezählt. Häufiges Entweichen, z.B. bei Patienten mit Wander-

trieb oder auch Urlaubsentlassungen, die dann aus klinisch-verwaltungstechnischen Gründen als Wiederaufnahme registriert wurden, tauchen hier auch nicht als Wiederaufnahme auf.

Anzahl der Aufnahmen	Präsen. oder senile Demenz n = 2	And. organ. psychiatr. Erkrankung n = 6	Persönlichkeitsstörung n = 1	Oligophrenie n = 13	Alkoholismus n = 12	Psychosen n = 11	Schizophrenie n = 34	nicht klassifizierbar n = 1	Insgesamt Anzahl d. Patienten	%
unbekannt (aber mindest. 2)				1			2		3	4 %
2	2	2		5	5	4		1	19	24 %
3		1		2	5	1	7		16	20 %
4				2	1	1	6		10	13 %
5		1		2		1	2		6	8 %
6				1		1	3		5	6 %
7		2				2	4		8	10 %
8					1		3		4	5 %
9							2		2	3 %
10							2		2	3 %
mehr als 10			1			1	3		5	6 %
Mittel	2	4,3	10	3,2	3,0	3,6	5,8	2	80	

Tabelle 37 Diagnosen und Anzahl aller psychiatrisch-stationären Aufnahmen in Absolutzahlen und Gesamtprozent; durchschnittliche Aufnahmeanzahl (Minimalwert)

Schizophrene

Kasuistisch erwähnenswert sind zwei bzw. drei männliche schizophrene Patienten, die mehr als 12 nervenklinische Aufnahmen aufwiesen.

Ein bei der Verlegung 33-jähriger Patient (1713) - Erkrankungsalter 26 Jahre - hatte mindestens 18 Aufnahmen bis zu seinem suizidalen Fenstersturz während eines psychotischen Schubes zu Hause. Von da an (z. Zeitpunkt der Spätkatamnese 2 Jahre) war der Patient zwar gelähmt, aber glücklich und ohne psychotische Rezidive (keine Psychopharmakaeinnahme). Er war nun "Dauergast" der Klinik und damit befand er sich in der gewünschten regressiven Position, von der er tragischerweise noch in der Spätkatamnese schwärmte: "Ich wollte nie mehr für mich verantwortlich sein." Bei diesem Patienten stand die Selbstbeschädigung im Dienst von Regressionswünschen, indem er sich buchstäblich "fallen ließ".

Der andere Patient (1718), 29-jährig bei der Verlegung (Erkrankungsalter 21 Jahre), war bis zur Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit 40mal, bis zur Spätkatamnese mindestens 59mal nervenklinisch behandelt und jeweils "in gutem Zustand" entlassen worden. Er hatte sich

u.a. während seiner Klinikaufenthalte zum Elektroingenieur weiter ausbilden lassen, besaß eine abgeschlossene 1-Zimmerwohnung auf dem 4. Hinterhof, die er aber selten bewohnte, da er als Privatphilosoph "die Welt bereiste" (letzte Station: Marseille, Korsika, Hamburg). Aufgrund seines Wandertriebes kam es im Rahmen der Spätkatamnese zu wiederholten vergeblichen Versuchen, ihn in seiner Wohnung anzutreffen. Letztendlich informierte mich der zuständige sozialpsychiatrische Dienst über eine Wiederaufnahme in der Großklinik. Seit der Entlassung des Patienten aus der kleineren Klinikeinheit war er 19mal in der Großklinik wieder aufgenommen worden, das letzte Mal 1 Jahr vor der Spätkatamnese. Zwischendurch hatte er sich telefonisch aus der LNK in Schleswig gemeldet. Nun war der Patient wieder nach Berlin gekommen, um seine sich ansammelnden Rentenbezüge beim Amtspfleger abzuholen, fiel bei der amtsärztlichen Untersuchung als völlig gespannt und zerfahren auf, so daß es zur 59. Einweisung kam. Bei dem beobachtenden Interview wenige Zeit nach der Wiederaufnahme bestand außer "geringen" ungewöhnlichen Denkinhalten und einer "maßig starken Orientierungsstörung" keine nennenswerte psychiatrische Symptomatik (exploriert mit der BPR-Skala).

Alkoholismus

Eine weitere Fallbeschreibung betrifft einen männlichen Alkoholerkrankten, der eine vergleichsweise hohe Aufnahmequote (8mal) zeigte, aber zum Zeitpunkt der Spätkatamnese seit seiner Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit (nach 3 Monaten, 1 Woche, 5 Tage Verweildauer) nicht mehr nervenklinisch behandelt wurde.

Diesem Patienten (1511) gelang neben der einen weiblichen Alkoholerkrankten, die die zwei obligaten Aufnahmen aufwies, als einzigem seiner Diagnosengruppe eine "soziale Rückkehr", zumindest zurück in die Familie. Der bei der Verlegung 63-jährige Patient erkrankte 43-jährig manifest an einem eher "berufsbezogenen" Trinken als Maurer. Genetisch befand sich der Patient in der Mittelstellung einer großen Kinderschar (15 Geschwister). 4-jährig verstarb seine Mutter, woraufhin der Vater täglich die Kneipe aufsuchte. Er wurde von einer Haushälterin erzogen, die ihre eigenen Kinder den anderen vorzog. Auf diesem Hintergrund wird eine depressive Entwicklung mit oralen Befriedigungswünschen (Sucht) verstehbar. Trotz vieler Streitigkeiten und dem schweren Korsakow des Patienten hielt die Ehefrau zu ihm, was ihr ja u.a. eine Machtposition verschafft: So verweigerte sie ausdrücklich ein Gespräch ebenso wie eine schriftliche Nachuntersuchung bei drei unterschiedlichen Versuchen, ihr Interesse und ihre Mitarbeit zu gewinnen. Daß trotz der früheren häufigen nervenklinischen Aufnahmen, der Schwere des geistigen Abbaus (telefonisch wirkte der Patient völlig inkohärent) die soziale Rückkehr möglich war, war in diesem Falle abhängig von dem Vorhandensein eines Partners, der bereit war, die pflegerische Last nicht an eine Institution zu delegieren.

Oligophrene

Auch die geistig Behinderten zeigten vermehrte Aufnahmen resp. Zeiten außerhalb der Klinik. Eine Reihe dieser Patienten hatte vor der 1. Klinikaufnahme schon eine lange Heimkarriere zurückgelegt.

Ein Patient (1413) war so z.B. einer 14-jährigen Odyssee durch Berliner Heime (bis zu 10 unterschiedliche Heime) ausgesetzt gewesen. Die Endstation war dann voraussagbar: Ein psychiatrischer Dauerfall, der trotz dieser ungünstigen Prognose nun in einer eigenen Wohnung außerhalb von Institutionen lebt. Dieser Patient - 16-jährig bei der Verlegung - war 14-jährig aufgrund eines Suizidversuches zum psychiatrischen Patienten geworden. Der Patient mit der Diganose 'Verwahrlosungssymptomatik bei Minderbegabung' stammte aus einem gefühlsarmen Milieu, in dem er viele Mißhandlungen erlitt. Die Mutter selbst war verwahrlost, unternahm kleine Eigentumsdelikte und einen Suizidversuch. Die häusliche Atmosphäre war durch die Streitereien der Eltern gekennzeichnet. Der Vater, der wegen Körperverletzung und Notzucht vorbestraft war, verstarb, als der Patient 8 Jahre alt war. Als jüngstes, körperbehindertes Kind von vieren, wuchs er bis zum 6. Lj. zu Hause auf, dann begann seine Heimkarriere. Er besuchte die Heimschule und die Volksschule bis zur 9. Klasse ohne Abschluß. 1/2 Jahr nach der Verlegung in die kleinere Klinikeinheit wurde er wegen Anpassungsschwierigkeiten (Pat. aufsässig und undiszipliniert) strafweise in die Großklinik rückverlegt. 1969 war eine Operation seines Rundrückens anberaumt worden. Diese Operation muß wohl erfolgreich gewesen sein, da der Ladenbesitzer seines verwahrlosten Wohnhauses (3. Hinterhof), den ich befragte, den Patienten nur als "aufrecht gehenden" Kunden kannte. Zu einer Befragung des Hausbewohners kam es, als ich verschiedene Versuche um ein nachsuchendes Gespräch aufgeben mußte. Den Patienten traf ich zwar an, aber er reagierte mit größtem Mißtrauen und argumentierte mit mir heftigst, geschützt durch die verriegelte Wohnungstür. Auf dem Hintergrund der traurigen Lebensgeschichte des Patienten ist die Weigerung zwar bedauerlich für die vorliegende Untersuchung, aber letztendlich verständlich. Auch eine briefliche Befragung wurde trotz Zusicherung der vertraulichen Behandlung der Information mit einem Begleitschreiben zurückgeschickt, ich solle ihn in Frieden lassen, er lebe seit 10 Jahren allein, denn er käme mit anderen nicht aus; lieber sitze er im Knast, da seien Menschen, mit denen er sich unterhalten könne. Inzwischen war der Patient wohl straffällig geworden, zum Zeitpunkt der Spätkatamnese erst 4 - 6 Wochen zurück in seiner Wohnung. Beim halbjährigen Aufenthalt in der kleineren Klinik wurde eine vorsichtige Prognose gestellt "trotz kleinerer krimineller Entgleisungen und häufigem Milieuwechsel gute Eigenschaften, wie Hilfsbereitschaft, Verantwortlichkeit für andere, vielleicht eine soziale Eingliederung möglich". Obwohl die vorhandene Familie von dem Patienten nichts mehr wissen wollte, war ihm aus eigener Kraft wenigstens ein Leben außerhalb von psychiatrischen Institutionen möglich, auch wenn hier nicht von einer sozialen Integration im üblichen Sinne gesprochen werden kann.

24 % der Chronikerpatienten waren vor der Aufnahme in der Großklinik nicht stationär behandelt worden. Mit den 16 Patienten, die vor der Aufnahme in Großkliniken einmal stationär behandelt wurden, sind es 34 Patienten (44 %), d.h. mehr als zwei Drittel dieses Kollektivs erhielt nach nur einer stationären Behandlung die Prognose einer Dauerhospitalisation (vgl. hierzu STEINGRÜBER et al. 1975, 206).

Die 45 Psychosen (11 Psychotiker und 34 Schizophrene) zeigen neben den 6 "Organikern" (im Mittel 4,3 Aufnahmen) und dem einen Patienten mit Persönlichkeitsstörung mehr als 10 Aufnahmen, im Mittel mindestens 5,8, wobei die Patienten mit mehr als 10 Aufnahmen, z.B. 19 oder 59 Wiederaufnahmen (s. Patient 1713 und Patient 1718) zahlenmäßig nicht erscheinen, um keinen größeren Artefakt zu produzieren. Die Psychotiker insgesamt durchliefen also die höchste Anzahl der Aufnahmen: Wenn man von der Tragik der Drehtürpsychiatrie absieht, so gibt diese Zahl doch eindeutige Hinweise darauf, daß diese Patienten durchaus Möglichkeiten haben, extramural zu leben, ohne die Regressionsstation einer Klinik ständig in Anspruch zu nehmen. Diese Möglichkeiten zur relativen Selbständigkeit nehmen im Verlauf der Erkrankung ab. Im Hinblick darauf wird eine alternative psychiatrische Versorgung, z.B. in Form von Kriseninterventionszentren um so dringlicher, damit diesen Patienten ein optimales Maß von sozialen Fähigkeiten und nichtpsychiatrischen Kontakten erhalten bleibt. Hier geht es nicht allein um die Bewältigung lebenspraktischer Gesichtspunkte, sondern auch um die Lebensqualität dieser Menschen.

Daß die Oligophrenen auch eine Reihe Wiederaufnahmen aufweisen, rührt daher, daß sie aufgrund des jugendlichen Alters und ihrer frühen Behinderung meistens noch eine Familie oder Bezugspersonen im Hintergrund hatten, die sich um sie kümmern mochen und die sie reintegrieren konnten, bis ihr auffälliges Verhalten dann eindeutig nicht mehr tragbar oder erwünscht war. Mit fortschreitendem Verlauf jedoch nimmt diese familiale Fürsorge, wie sich an den einzelnen Zeiträumen der Verweildauer ablesen läßt, erheblich ab. So zeigt Tabelle 'Zeitraum der Verweildauer in der kleineren Klinikeinheit', daß vermehrt Oligophrene im Verlauf in der kleineren Klinikeinheit eine höhere Verweildauer aufweisen. In der Kategorie '3 - 10 Jahre' befinden sich 9 Patienten

dieser Diagnose; in der Kategorie 'mehr als 10 Jahre' 2 Patienten. Häufig hing gerade diese Entwicklung vom veränderten sozialen Umfeld ab: Es starb z.B. die Großmutter als erste Betreuungsperson, oder die Mutter heiratete erneut und der Stiefvateer lehnte den Patienten ab. Spätere Entlassungen bei 5 dieser 9 Patienten sind eindeutig mit der Eröffnung außerklinischer Einrichtungen verbunden, indem heilpädagogisch oder sozial rehabilitative Möglichkeiten der Förderung bestanden (Heilpädagogisches Zentrum und Übergangswohngemeinschaft).

8.0 Symptombilder: Stabilität und Remanifestation

Der psychiatrische Untersuchungsansatz exploriert jene Auffälligkeiten, die nach herkömmlicher psychiatrischer Ansicht Krankheitszeichen im engeren Sinne betreffen, d.h. es geht um eine Symptomatik, die sich auf den psychischen Befund und auf organische Psychosyndrome bezieht.

Gegenüber der dynamischen Sichtweise, die eindeutigere Beurteilungskriterien im Hinblick auf prognostische Einschätzung einer neurotischen Erkrankung herausarbeiten kann, erfährt die psychiatrische Verlaufsbetrachtung die "unüberwindliche Schwierigkeit" ... "daß pathologischer Befund nicht mit Kranksein identisch ist" (CREMERIUS 1980, 829).

Eine Studie (MALAN et al. 1968, 525 ff.), die bei 45 unbehandelten Patienten 4 Jahre nach Diagnosestellung nach den psychodynamischen Veränderungen (wie angemessener Umgang mit Aggressionen in mitmenschlichen Beziehungen) bei Symptombesserung oder -heilung (z.B. Besserung oder Sistieren von Zwangssymptomen) fragt, fand folgendes heraus: Unter psychodynamischen Gesichtspunkten veränderten sich nur 11 - 16 Patienten, d.h. 24 - 35 % der Gesamtstichprobe, wobei die Symptome bei 22 - 23 Patienten nachließen, d.h. bei 49 - 51 %. Von den 20 % neuen Patienten der Gesamtstichprobe, deren Symptome vollständig verschwanden, änderte sich nur 1 Patient (2 %) unter psychodynamischen Gesichtspunkten. Die Symptomatik der übrigen blieb unverändert.

BLEULER ist zuzustimmen, wenn er feststellt: "Je sorgfältiger die Untersuchung, desto seltener die Heilung." (BLEULER 1960, 172), wobei derartige Nachuntersuchungen, wie die eben beschriebene subtile Kenntnisse aus ganz unterschiedlichen Gebieten voraussetzen, nämlich aus medizinischen, psychoanalytischen und soziologischen, weshalb sie so selten sind (CREMERIUS 1980, 829).

Es läßt sich so auch bei psychiatrisch Erkrankten häufig ein Nachlassen der Symptomatik feststellen, die aber mit "Heilung" nicht gleichzusetzen ist, da sie sich häufig nur als eine Verschiebung der Symptomatik in körperliche, seelische und sozial-kommunikative Bereiche herausstellen würde, würden diese Bereiche einer näheren Betrachtung unterzogen.

Andererseits erlaubt auch ein gering veränderter psychopathologischer Zustand eine Entlassung aus der stationären Behandlung und eine eventuelle Rückkehr in ehemalige soziale Verhältnisse, falls ein Angehöriger da ist, der die Krankheit "mitträgt" und der Patient, falls erforderlich, medikamentös entsprechend eingestellt ist.

So fanden CIOMPI u. Mitarbeiter (1979, 373) in ihrem Forschungsprogramm zur Rehabilitation chronisch psychisch Kranker, daß der Rehabilitationserfolg weder mit der Diagnose (dichotomisiert in Schizophrenie und andere Erkrankungen) noch mit der psychopathologischen Anfangssymptomatik in einer irgendwie gearteten bedeutsamen Relation stand. Hierfür wurde die "ausgeprägte Nivellierung chronischer Zustände aller Art" verantwortlich gemacht.

Die Symptombilder ließen sich bei dieser inhomogenen Patientenkohorte ohnehin nicht auf einen einheitlichen psychopathologischen Begriff bringen. Dies galt, wenn überhaupt, nur für die 45 Psychosen insgesamt. Es ging also darum, Zustandsbilder oder Syndrome im weitesten Sinne zu konstatieren, wobei die teilweise damit einhergehenden Verhaltenseigentümlichkeiten mit einbezogen wurden: Umgangssprachlich ging es letztlich um das "Befinden" des Patienten.

Dennoch kann eine Arbeitshypothese allgemein wie folgt formuliert werden:

Chronisch psychiatrisch Erkrankte zeigen relativ wenig positive Veränderungen im psychopathologischen Zustand. Sie sind u.a. deshalb Dauerpatienten der Klinik, weil sich die vermutete psychopathologische Stabilität auch prognostisch niederschlägt.

Welches Schicksal nun das Syndrom bzw. das Symptombild in einem teilweise jahre-/jahrzehntelangem Verlauf erfährt, ob es stabil bleibt, sich verschlechtert, sich gering oder merklich verbessert oder Veränderungen bei Remanifestation festgestellt wurden (inwiefern eine Verschiebung im körperlichen Bereich stattfand, soll im folgenden Kapitel: Umfang nicht psychiatrischer körperlicher Erkrankungen - behandelt werden), ist an der folgenden Tabelle ablesbar.

Welche Konfliktsituationen bei Remanifestation im Vergleich zur Erstmanifestation, d.h. ob psychische oder somatische überwogen, konnte nicht eruiert werden (s. auch Kap. III.6.2 Situative Bedingungen anderer psychotraumatischer Belastungen).

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Stabilität der psychopathologischen Zustandsbilder während Klinikaufenthalte (bis zur letzten Entlassung aus kleineren Klinikeinheit)?				Veränderung von Erstmanifestion zu Remanifestation
		ja	nein			
			verschlechtert	gering verbessert/ schwankend	merklich verbessert	
2	präsenile oder senile Demenz	2				
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	1	1	2	2	1
1	Persönlichkeitsstörung				1	1
13	Oligophrenie	7		5	1	1
12	Alkoholismus	2	4	4	2	3
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	2		5	4	3
34	Schizophrenien	19	2	3	8	9
1	nicht klassifizierbar				1	
80	Insgesamt	33	7	21	19	18
	%	41 %	9%	26%	24 %	23 %

Tabelle 38 Stabilität der psychopathologischen Zustandsbilder während Klinikaufenthalte, Veränderung von Erstmanifestation zu Remanifestion nach Diagnosen in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Eine Polysymptomatik ist typisch für neurotische Erkrankungen. Eine Monosymptomatik gibt eher Hinweise für primär oder sekundär körperliche oder endogene Prozesse (RUDOLF 1973, 134). Das "Schillernde" des Symptombildes fehlte also weitgehend bei diesen Patienten.

So ergab sich für 33 der 80 chronisch psychiatrisch Erkrankten (41 %) eine Stabilität des psychopathologischen Zustandsbildes während der gesamten stationären Aufenthalte bis zur letzten Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit.

Bei 7 Patienten (9 %) verschlechterte sich das Befinden; 21 Patienten (26 %) verbesserten sich gering im Zustand oder schwankten. 9 Patienten (24 %) fielen zum Zeitpunkt der Katamnese als merklich gebessert auf.

Eine Veränderung des Symptombildes von der Erstmanifestation zur Remanifestation bei Wiederaufnahmen oder im Verlauf wurde bei 18 Patienten (23 %) ermittelt.

Wie sieht die Stabilität des Zustandsbildes bzw. die Besserung im Befinden und eventuelle Veränderungen von Manifestation zu Remanifestation bei den einzelnen Patienten der diagnostischen Subgruppen aus? Hier schließt sich auch die Frage nach der Berechtigung der psychopathologischen Einschätzung hinsichtlich ihrer prognostischen Dimension (bezogen auf Entlassungschancen) an.

Es fielen - vor allen Dingen die Alkoholerkrankten, auf, die deutlich eine Verschlimmerung ihres Zustandes (oder nur gering verbessertes Befinden) zeigten. Die anderen diagnostischen Subgruppen verhielten sich in etwa gleich, d.h. eine allgemeine Tendenz zur Besserung war feststellbar.

Schizophrene

Unter den 34 schizophrenen Patienten befanden sich jedoch 19 Patienten (56 %), bei denen sich nichts getan hatte.

Das entspricht auch dem Ergebnis zweier langfristiger Verlaufsbeobachtungen schizophrener Psychosen (Bonner und Züricher Erfahrungsgut), aus denen hervorgeht, daß sich statistisch gesehen das Befinden der Schizophrenen ab dem 5. Jahr nach Erkrankungsbeginn nicht mehr verschlimmert, sondern es sogar häufig zu späten Besserungen kommt. Dabei treten jedoch bei 1/4 der Patienten noch Jahrzehnte nach Krankheitsbeginn "dramatische Schwankungen im Befinden" auf, wohingegen 3/4 der Patienten so "dauernd" (d.h. zwischen 5 - 22 J.) "einigermaßen stabil" im Zustand blieben (BLEULER et al. 1976, 479).

Die Zustandsbilder der vorliegenden Subgruppe im Zeitraum der Katamnese entsprechen in etwa denjenigen der beiden Untersuchungen, nämlich dann, wenn die "eindeutig gering verbesserten" 5 Patienten zu den 19 "Stabilen" korrektiv (i.S. der "einigermaßen Stabilen") der beiden o.g. Untersuchungsgruppen) zugeordnet werden. Das sind 71 %. Ebenso ver-

gleichbar verhalten sich insgesamt 10 Patienten, die zu "dramatischen Schwankungen" insofern zugerechnet werden können, als ihr Befinden entgegen den Erwartungen auf Dauer nicht stabil blieb, sondern sich verschlechterte oder merklich verbesserte.

Von den 19 "stabil" gebliebenen Patienten wurden 3 entlassen, wobei sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese noch 1 Patient außerhalb psychiatrisch stationärer Behandlung befand; ein weiterer Patient wieder aufgenommen worden war. Die restlichen 16 Patienten waren in der kleineren Klinikeinheit verblieben.

Von den 2 Patienten (6 %), die sich psychopathologisch verschlechterten, wurde nur noch 1 Patient entlassen, der weiterhin extramural lebt und 1 Patient in ein Hospital für chronisch Kranke verlegt, in dem er sich noch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befand.

Von den 5 bzw. 7 gering verbesserten oder im psychopathologischen Bild schwankend (zwischen merklich verbessert und gering verbessert bzw. verschlechtert gemessen an vorheriger Manifestation) wurden 6 entlassen, wobei 5 zum Zeitpunkt der Spätkatamnese noch extramural lebten, 1 Patient eine Wiederaufnahme hatte.

Alle 8 psychopathologisch merklich verbesserten bzw. schwankend (zu gering verbessert) wurden erwartungsgemäß entlassen. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebten jedoch nur 5 Patienten außerhalb psychiatrischer Versorgung, denn 2 Patienten waren zwischenzeitlich verstorben, 1 Patient wieder aufgenommen worden.

Es waren also insgesamt 19 schizophrene Patienten aus psychiatrisch-stationärer Behandlung entlassen worden. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebten noch 13 außerhalb
3 waren wieder aufgenommen und
3 waren verstorben.

Das Zustandsbild dieser schizophrenen Patienten brachte also keine positive Aussage hinsichtlich ihrer Entlassungschancen; trotz teilweise geringfügiger Besserung im Befinden konnten sie entlassen werden, ohne notwendige Wiederaufnahme.

Eine Veränderung in der Remanifestation betraf 9 Schizophrene, die alle im Verlauf aus der psychiatrischen Behandlung der kleineren Klinikeinheit entlassen werden konnten:

Patient (1729): Zunächst hoch aggressiv erregt, dann bei Remanifestation (2 Aufnahmen) im Verlauf antriebsarm, ohne eigene Initiative, freundlich und höflich.

Patient (1718): Zunächst Beziehungsideen mit Sprechchören. Später bei Remanifestation stuporöses Bild; zuletzt paranoid-halluzinatorisch (bei über 40 Aufnahmen).

Patient (1722): Beziehungs- und Bedeutungserlebnisse, Phoneme und Körperhalluzinationen bestehen bei Remanifestation nicht mehr (10 Aufnahmen), jedoch keine Krankheitseinsicht, ausgeprägtes Wahnsystem.

Patient (1727): Paranoid-halluzinatorische Beziehungs- und Beeinträchtigungserlebnisse veränderten sich im Verlauf bei Remanifestation (9 Wiederaufnahmen) zu überwertigen Ideen, jedoch durchaus verstehbar (Patient will auf dem Kaiserdamm ein Denkmal gegen den Krieg errichten, weil daher seine Probleme kämen).

Patient (1733): Früher Phoneme, später (bei 3 Aufnahmen) Körperhalluzinationen.

Patient (1723): Depressives Zustandsbild; bei Remanifestation (3 Aufnahmen) paranoid-halluzinatorische Reaktionen.

Patient (0702): Von aggressiver Erregung und Fehlhandlungen zu katatonem Stupor bei Remanifestation; im Verlauf erneute Aggressivität, später Stabilisierung.

Patient (0701): Schleichend verlaufendes, paranoides Zustandsbild. Bei Remanifestation (3 Aufnahmen) Defektbild.

Patient (1731): Zunächst religiöse Thematik, läppisch, ängstlich, ratlos, verzweifelt; bei Remanifestation (9 Wiederaufnahmen) Defektbild bei Störungen der affektiven Modulationsfähigkeit.

Psychosen

Von den 11 Psychotikern blieben zwei im Zustandsbild stabil, davon ist eine Patientin in der kleineren Klinikeinheit verblieben; ein Patient

dort verstorben. 5 Patienten verbesserten sich gering, davon ein Patient schwankend (zu Verschlechterung). Von diesen wurde ein Patient entlassen, 4 verblieben in der kleineren Klinikeinheit. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese waren diese 5 Patienten jedoch alle verstorben.

Patient (0604) hatte sich in seinem Befinden insofern "gering verbessert", als sich dessen infantil gedämpfte Haltung zurückbildete und er im Verlauf bei insgesamt 12 kürzeren Behandlungen eigene Wünsche anzumelden wagt, suizidiert sich 4 Wochen nach seiner Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit.

4 Patienten, die merklich verbessert entlassen wurden, waren jedoch zum Zeitpunkt der Spätkatamnese auch alle verstorben.

Es hat also 5 entlassene und 6 in kleineren Klinikeinheiten verbliebene psychotische Patienten gegeben. Überlebt hat aus dieser Subgruppe von 11 nur die eine "stabil" und auf der Station verbliebene Patientin.

Bei den psychotisch erkrankten Patienten bestätigt sich die These insofern, als die "stabilen oder nur gering verbesserten" Patienten primär in der kleineren Klinikeinheit verblieben waren und vermutlich Dauerpatienten geblieben wären, waren sie nicht gestorben. Die 4 merklich verbesserten, entlassenen Patienten verstarben jedoch auch bis zum Zeitpunkt der Spätkatamnese. Es scheint sich hier insgesamt um eine "kränkere" Patientengruppe gehandelt zu haben.

Zur Veränderung des psychopathologischen Zustandsbildes bei Remanifestation kam es bei drei psychotischen Patienten (2 davon entlassen; zum Zeitpunkt der Spätkatamnese jedoch alle 3 verstorben).

Patient (0605): Eindeutig zirkulärer Verlauf. Verdacht auf Schizophrenie fallengelassen. Von Zyklothymie vorwiegend manischer Phasen zu beginnendem hirnorganischem Psychosyndrom, vermutlich auf dem Boden langjährigen Alkoholabusus bei 4 Wiederaufnahmen.

Patient (0608): Zunächst Verfolgungsideen, später wird depressives Bild deutlich (bei 6 Wiederaufnahmen).

Patient (0601): Zunächst depressives Bild (Suizidversuch), zuletzt aggressiver Durchbruch, Morddrohungen, Erregungszustand bei 5 Aufnahmen. Beim Zustandsbild dieses Patienten wurde der Zusammenhang zwischen der Wut, die gegen sich selbst gerichtet wird (im Selbstmordversuch), aber letztlich einem anderen gilt (Morddrohung) besonders deutlich.

Alkoholerkrankte

Unter den 12 Alkoholerkrankten befanden sich 2 Patienten, deren Symptombild gleichbleibend-stabil war, die aber nach Hause zur Frau bzw. in ein heilpädagogisches Zentrum entlassen werden konnten und zum Zeitpunkt der Spätkatamnese weiterhin dort lebten.

4 Patienten verschlechterten sich vom Zustandsbild her (darunter 2 Korsakowerkrankte, 1 Alkohol-Epilepsie). Von diesen verstarben 2 Patienten auf der Station der kleineren Klinikeinheit, 2 weitere Patienten waren stationär in kleinerer Klinikeinheit verblieben.

Von 4 Patienten, die sich gering verbesserten, wurden 3 entlassen und der 4. in ein Hospital für Chronisch-Kranke verlegt, wo er 5 Jahre später verstarb. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebten 2 Patienten außerhalb psychiatrisch-stationärer Unterbringung; 1 Patient war in einer LNK wieder aufgenommen worden.

Von den 2 merklich verbesserten Alkoholerkrankten lebte zum Zeitpunkt der Spätkatamnese 1 Patientin im Kreise ihrer Familie.

Ein weiterer Patient (0504) hatte sich zwar wieder sozial rehabilitiert (arbeitete von Klinik aus als Empfangschef), sich mit der Familie versöhnt, verstarb jedoch unerwartet 4 Wochen nach seiner sozialen Remission kurz vor seinem Geburtstag und seiner Entlassung.

Von den 12 Alkoholerkrankten waren so 6 Patienten entlassen und 1 Patient verlegt worden. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebten von diesen noch 5 Patienten draußen,

1 Patient war wieder aufgenommen,

1 Patient verstarb nach der Verlegung.

Gerade für die 12 Alkoholerkrankten konnte die These bei näherer Prüfung eher nicht bestätigt werden. Obwohl sich bei 6 Patienten, nämlich das psychopathologische Zustandsbild nicht oder nur gering verbesserte, konnten diese 6 Patienten entlassen (bzw. verlegt) werden, wobei

zum Zeitpunkt der Spätkatamnese noch 4 Patienten (33 %) außerhalb psychiatrisch-stationärer Unterbringung lebten.

Eine Veränderung in der Remanifestation des psychopathologischen Zustandsbildes ergab sich bei 3 Patienten:

Patient (0504): Vom Delirium tremens bei einmaliger Wiederaufnahme zum beginnenden Korsakowsyndrom mit Verwirrtheit.

Patient (0501): Von Konfabulation und Größenideen bei einmaliger Wiederaufnahme zu Verwirrtheit (Korsakowsyndrom).

Patient (01506): Von hirnorganischem Psychosyndrom mit leichtem Dämmerzustand zu epileptischer Wesensveränderung bei Alkohol-Epilepsie.

Insgesamt drehte es sich hierbei um prognostisch ungünstigere Zustandsbilder, d.h. die Patienten bauten zunehmend in ihren psychischen Funktionen ab. So verstarben die ersten beiden Patienten, der letztere Patient verblieb in der kleineren Klinikeinheit (und wäre selbst bei Auflösung der Station noch letzte Bastion).

Oligophrene

Von den 13 Oligophrenen blieb die Mehrzahl (nämlich 7 = 54 %) in ihrem Zustandsbild stabil:

4 von diesen Patienten verblieben,

3 lebten draußen (wovon 1 Patient verstarb), zum Zeitpunkt der Spätkatamnese

5 Patienten verbesserten sich gering und befanden sich alle außerhalb psychiatrisch-stationärer Behandlung

1 Patient, der in Richtung Verschlechterung schwankte, konnte weiterhin draußen leben

1 Patient, der sich merklich verbesserte, lebte zum Zeitpunkt der Spätkatamnese extramural in einer Übergangs-WG, die autonome Fähigkeiten förderte und stabilisierte.

Auch bei der Mehrzahl der Oligophrenen, die sich stabil hielten oder nur gering im Zustandsbild veränderten, war dies kein Hinderungsgrund,

sie aus der Dauerhospitalisierung zu entlassen, insofern, als entsprechende tragfähige Möglichkeiten außerhalb der Klinik bestanden.

Zu einer Veränderung in der Remanifestation kam es bei 1 Patienten (1413), der zunächst wegen eines Suizidversuches durch Erhängen eingewiesen wurde, bei einer Remanifestation bei der 2. Aufnahme wegen seiner aggressiven Durchbrüche.

Auch hier wird deutlich, wie mit einer gegen sich selbst gerichteten Aggression die Aggression nach außen gemeint ist.

Organiker

Von den 6 organisch psychiatrisch Erkrankten blieben:

2 Patienten stabil (davon 1 auf Station verstorben, 1 Dauerpatient)

1 Patient verschlechterte sich im Zustandsbild und verstarb als Patient der kleineren Klinikeinheit

1 Patient schwankte zwischen rezidivierenden Schüben und zwischenzeitlichen Remissionen (mehrere Aufnahmen); war ebenso zum Zeitpunkt der Spätkatamnese verstorben, nachdem er 3 Jahre zuvor entlassen worden war

2 Patienten verbesserten sich merklich, wobei 1 Patient 3 Jahre nach seiner Entlassung verstarb. Der andere Patient lebte bei seiner Frau.

Insgesamt waren also 3 Patienten entlassen worden. Davon verstarben 2; 1 Patient ist Dauerpatient; 2 Patienten verstarben als psychiatrische Patienten. Bei dieser Patientengruppe bestätigte sich die These, da es sich wohl auch um Krankheitsbilder schwerwiegenderen Ausmaßes handelte, da vor der Spätkatamnese 4 von 6 Patienten verstarben.

Die 1 Patienten (0201), deren Zustandsbild sich bei Remanifestation (6 Aufnahmen) insofern veränderte, als sie früher aggressiv erregt, zuletzt nur noch antriebslos und kaum mehr aktivierbar war, verstarb an einem verkalkenden Meningeom bei Op.

Präsenile und senile Demenz

Diese beiden Patienten blieben im Zustandsbild stabil und verstarben:

1 Frau als Patienten der kleineren Klinikeinheit 2 Monate nach der Verlegung aus der Großklinik (0101)

1 Mann, der nach 1/2 Jahr aus kleinerer Klinikeinheit in Privatklinik verlegt wurde und 7 Jahre später in einem DRK-Hospital verstarb (0102).

Auch hier war der Schweregrad der Erkrankungart einmal ausschlaggebend für den schnell eintretenden Tod oder die Verlegung und Dauerunterbringung in anderen Einrichtungen.

Die beiden Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung bzw. der nicht klassifizierbare Patient waren beide merklich verbessert und lebten beide zum Zeitpunkt der Spätkatatmnese draußen.

Zu einer Veränderung der Remanifestation im Verlauf von insgesamt 11 Wiederaufnahmen kam es bei dem ersten Patienten insofern, als die 1931 festgestellte Hebephrenie mit den entsprechenden Symptomen im Verlauf die Züge einer "abnormen Persönlichkeit" angenommen hatte mit Verwahrlosungssymptomen, kriminellen Verhaltens und einer Weglauftendenz.

Insgesamt läßt sich sagen, daß die Dauer der stationären Behandlung und die Frage, ob hospitalisierungsbedürftig oder nicht für die Schizophrenen, Alkoholiker und Oligophrenen dieser Kohorte eher nicht von psychopathologischen Erwägungen (stabil; gering verbessert; merklich verbessert) abhängig, sondern eher von der Schwere der Erkrankung in Einzelfällen, insbesondere aber von den Möglichkeiten, die sich extramural anbieten: Vorhandensein eines Partners, einer Familie oder Möglichkeiten einer Unterbringung in Heim oder anderen nicht nur psychiatrische Patienten beherbergenden Einrichtungen.

So fanden auch CIOMPI u. Mitarbeiter, daß "der Rehabilitationserfolg" ... von chronisch-psychiatrisch Kranken kaum von der Krankheit selber (Diagnose/Psychopathologie) oder von allgemeinen Variablen, wie Geschlecht und Alter" (CIOMPI et al. 1979, 374) abhängen, sondern seine

Ergebnisse weisen auf die den Verlauf determinierende Bedeutung von vorwiegend sozialen Faktoren hin. Hier waren von hervorragender Bedeutung die beruflichen Sozialbeziehungen, die Dauer der beruflichen Ausgliederung, aber auch Sozialfaktoren wie Verwandtenbesuche, die geographische Distanz der Familie von der Klinik, familiale Erwartungshaltung hinsichtlich der in Zukunft zu erwartenden Entwicklung und dergleichen mehr.

Für die restlichen diagnostischen Subgruppen (Psychotiker, Organiker, Demenzen usw.) konnte die These insofern teilweise bestätigt werden, als die stabil gebliebenen bzw. nur gering verbesserten Patienten in der Mehrzahl in der Klinik verblieben waren und dort verstarben. Aber auch die aus der Klinik entlassenen Patienten dieser Subgruppen verstarben im wesentlichen bis zum Zeitpunkt der Spätkatamnese, so daß man davon ausgehen muß, daß es sich auch hier um "schwerer Erkrankte" handeln mußte, wobei die psychopathologische Einschätzung der merklich Verbesserten von vornherein keine "Langlebigkeitsgarantie" ausstellt.

Insgesamt deuten diese Ergebnisse darauf hin, daß bei Entlassungserwägungen von chronisch-psychiatrisch Erkrankten (egal welchen Krankheitsbildes) relativ unabhängig von einer Beurteilung hinsichtlich der psychopathologischen Veränderungen (in Richtung besseren Befindens) eine Prognose gestellt werden darf. Können pathologische Prozesse im somatischen Bereich auch Aussagen (z.B. prognostische) über die psychiatrische Erkrankung machen? Davon handelt das nächste Kapitel.

9.0 Umfang nicht psychiatrischer körperlicher Erkrankungen

"Daß Dich ja niemand überrede mit dieser Arznei seinen Kopf zu behandeln, der Dir nicht zuvor auch seine Seele darbietet, um sie mit den Besprechungen von Dir behandeln zu lassen."

Sokrates im Dialog zum Jüngling Charmides (Platon)

Schon an der Wiege unseres westlichen Kulturkreises im griechischen Altertum wurden von den damaligen Ärzteschulen ganzheitliche Ansätze vertreten. Die Heilwirkung des Dialogs war nicht nur den griechischen Philosophen bekannt, der Begriff der Psychotherapie stammt sogar von Platon. Zur Lehre der Physis, die die hippokratische Medizin entwickelte, gehörte auch ein psychosomatischer Entwurf, der immer wieder modifiziert, bis ins 18. Jahrhundert gültig blieb.

Bezogen auf diese ganzheitliche Sichtweise des Psycho-Soma-Geschehens bestehen jedoch weiterhin sowohl im medizinischen als auch im soziologisch-wissenschaftlichen Kreis "Zweifel" und ein Bedürfnis nach umfangreicher Ergebnisforschung ist noch lange nicht Genüge getan.

"Wir wissen noch nicht, wie oft und wie dicht eine psychiatrische Störung einer schwereren körperlichen Erkrankung vorausgeht; wie häufig sie sekundär ist und ob die Verbindung beider mit unterschiedlichem Erleben von Stress-Situationen erklärt werden kann. Kohortenstudien sind notwendig, um festzustellen, wie weit Verlauf und Resultat einer körperlichen Krankheit psychisch determiniert sind." (COOPER und MORGAN 1977, 110)

Im Rahmen dieses Kapitels soll ein kleiner Beitrag in diesem Sinne geleistet werden.

Es stellt sich so bei verschiedenen Zuständen eine allgemeine Erkrankungsbereitschaft, die sich an Wendepunkten phasenspezifischer Krisen (Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium, Alter) einstellen können oder in "die schleichende Krise eines ganzen Lebens eingeflochten sind" (VOGEL 1956 b. LAMPRECHT 1980, 51) die Frage, ob das Übereinstimmende ein gleichartiges Grundgeschehen ist, das sich auf verschiedene Weise äußert (UEXKÜLL 1979, 9).

Es sind Krankheiten jedweder Genese im Lebenslauf nicht zufallsmäßig gestreut, sondern treten in Klumpen mit der Dauer von 2 bis 3 Jahren auf, wobei sie u.a. auch mit Veränderungen im sozialen Umfeld und mit "Orientierungs-" Schwierigkeiten in einer Lebensphase in Beziehung stehen (COOPER und MORGAN 1977, 106). Die ganzheitliche Erfassung des erkrankten Menschen läßt sich nur mit einer Analyse der somato-psycho-sozialen Zusammenhänge bewerkstelligen.

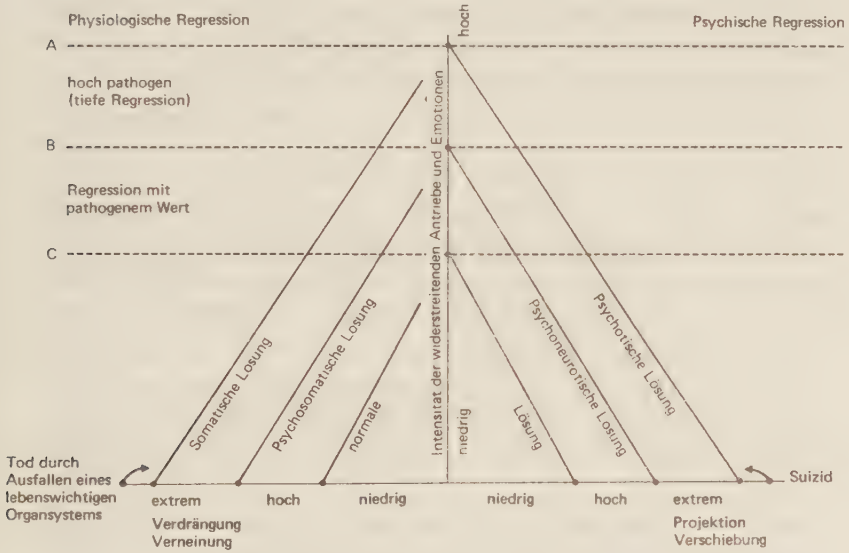
"Personen, die eine gesteigerte Anfälligkeit für eine Krankheit zeigen, zeigen eine gesteigerte Anfälligkeit für alle Arten von Krankheit, so daß mit der Anzahl ihrer Krankheitsepisoden mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Anzahl der betroffenen Organsysteme steigt" (HINKLE u. WOLFF 1957 b. COOPER und MORGAN 1977, 106).

Diese Theorie der "Erkrankungsneigung" wurde aufgrund einer Untersuchungsreihe über Krankheitsauftritt bei verschiedenen Populationsuntergruppen aufgestellt.

Psychodynamisch ist diese allgemeine Erkrankungsneigung wie folgt zu erklären: Konfliktabwehr unbewußter Motive und Antriebe kann sich in körperlichen Symptomen äußern, indem die Konfliktspannung durch die "Somatisierung" in Körpersprache averbal ausgetragen wird. Dies stellt insofern eine Regression auf infantile Entwicklungsstufen dar, als sie der Sprachlosigkeit früherer Stadien der Onto- bzw. unserer Phylogenese entspricht. So wird die Somatisierung von seelischen Konflikten auch als archaische bzw. primitive Reaktionsweise des psychisch-physischen Organismus betrachtet, die der Triebentladung dient und damit zur Spannungsreduktion führen soll.

Die Theorie der Komplementarität von physiologischer und psychobiologischer Regression besagt, daß ihrer Wechselbeziehung nicht nur das Kausalitätsprinzip zugrunde liegt (Körperliches bewirkt Seelisches und umgekehrt), sondern daß ein wechselseitiges Abhängigkeitsverhältnis besteht, d.h. daß sich ähnliche Vorgänge wie bei der Verhaltensregression (Neurosen und Psychosen) auch im somatischen Bereich abspielen (BAHNSON 1967, 541). So werden auch in der fernöstlichen Medizin Körper und Seele nicht als unabhängige Wesenheiten verstanden, sondern "als zwei Phasen eines einzigen Prozesses" (LAMPRECHT 1979, 536).

Dieses wechselseitige Sichbedingen körperlich-seelischer Faktoren und die sich daraus ergebende komplexe Pathogenese wird in der folgenden Abbildung (verändert nach BAHNSON 1967, 540) veranschaulicht. Verlängert man die Abszisse an ihren Polen noch um eine weitere Dimension, so endet die psychische Regression im Suizid, die somatische Reaktion im Funktionsausfall eines lebenswichtigen Organsystems, d.h. beide Pole begegnen sich wieder im Umschlag (der Ordinate) an ihren Endpunkten in der absoluten Regression, dem Tod.



Konfliktniveau und regressive Symptom-"Wahl". Abwehrmechanismen (nach Bahnson 1967)

BAHNSON diskutiert speziell die psychische Dimension von neoplastischen Prozessen (BAHNSON 1979), aber schon Jahre zuvor (12 - 21 Jahre) hat er in verschiedenen Arbeiten (über qualitative und quantitative Methoden) die Abwehrmechanismen von Tumorkranken durchsichtig gemacht und gezeigt, daß diese eine ausgesprochene Neigung haben, Konflikte zu verdrängen oder zu verneinen.

Unabhängig von traumatischen Lebenssituationen (Objektverlust), die bei einem Menschen einen neoplastischen Prozeß in Gang bringen können, liegt es vorrangig in der "Wahl" der Ich-Abwehrmechanismen als "entscheidender Punkt", an dem die Triebabfuhr entweder in psychische oder somatische Regression abgeleitet wird" (BAHNSON 1967, 543).

Die Komplementarität von Psycho-Somato-Prozessen und deren Störung ist nun nicht nur bei Tumorkranken nachweisbar, sondern diese zwei Regressionsformen eines gemeinsamen Geschehens können ganz allgemein als "die gegenüberstehenden Pole einer kontinuierlichen Skala" (LAMPRECHT 1979, 537) angesehen werden. Eine derartige Sichtweise ermöglicht die Einbeziehung von psychologischen und sozialen Faktoren, auch bei Störungen der Herzfunktion oder bei Erkrankungen wie die der Tuberkulose usw.

Gerade das Herz als "Ausdrucksorgan" für viele in der Umgangssprache benutzten Gefühls- und Affektregungen und den damit verbundenen bewußten oder unbewußten Konflikten (das Herz kann vor Freude hüpfen, vor Schreck stillstehen; ausdrucks-"kräftig": ein gebrochenes Herz) reagiert auf psychische Vorgänge durch Funktionsänderungen, in Einzelfällen mit funktionellen Störungen.

"Der Einfluß psychischer Faktoren auf die Herztätigkeit kann nach vier Richtungen hin betrachtet werden: Frequenz der Herztätigkeit, arterieller Blutdruck, Herzrhythmus und mit der Herztätigkeit in Beziehung stehende Sensationen scheinen von psychischen Faktoren mit abzuhängen. Ich spreche hier nicht von organischen Herzerkrankungen, sondern von den Fällen, in denen keine Läsion des Herzens besteht. Man wird dabei aber nicht übersehen dürfen, daß selbst in den Fällen organischer Herzerkrankungen der psychische Faktor sehr wohl eine erhebliche Rolle spielen kann für das Wohlbefinden des Kranken, für die Funktion der Herztätigkeit zur Kompensation und Dekompensation der durch die Erkrankung bedingten Funktionsstörungen." (STERN 1952, 47)

Es können z.B. bei schubförmig verlaufenden Schizophrenen mit jahrzehntelangen Remissionen zwischen zwei Krankheitsschüben neben physiologischen Alterskrisen und generativen Veränderungen auch andere somatische Prozesse eine verlaufsbestimmende Rolle haben. So ist nach einer 40 - 49 Jahre anhaltenden Remission bei 5 von 7 Kranken ein neuer Krankheitsschub im Senium "unmittelbar nach einer vorausge-

gangenen Hochdruckkrise oder dynamischer Störung des Hirnkreislaufs aufgetreten. (STERNBERG und MOLTSCHANOVA 1972, 253) Diesen somatisch provozierenden Faktor der deutlich umschriebenen Gefäßstörung kann nicht nur eine auslösende, sondern nach STEINBERG u. Mitarbeiter eine echte pathogenetische Bedeutung zugesprochen werden. Bei 19 von 22 beobachteten Patienten mit ungewöhnlich lang dauernden Remissionen (20 - 49 Jahre) gingen dem im späten Lebensalter sich wiederholenden Schub Gefäßstörungen, insbesondere Hypertensionserscheinungen, voraus.

Hierzu läßt sich folgendes ergänzend bzw. einschränkend erwähnen: Sowohl eine seelische Notlage (Krise) als auch eine physiologisch meßbare (Blut-) Hochdruckkrise haben beide etwas Gemeinsames: Das sind die verdrängten bzw. zurückgehaltenen heftigen Affekte, die dann zu einem auslösenden Faktor einer tiefen Krise im Leben des Menschen werden können.

Bezogen auf eine größere Population wurde im Rahmen einer Gesundheitserhebung mit Hilfe eines mehrphasigen Siebungsverfahrens in Ostengland aus neuerer Zeit (EASTWOOD 1970 b. COOPER und MORGAN 1977, 109 f.), in der die Beziehung zwischen physischen und psychischen Zuständen untersucht werden sollte, eine signifikante prozentuale Häufung von schweren Herzkranzgefäßerkrankungen bei psychiatrischen Patienten, im Vergleich zur parallelisierten Kontrollgruppe (beide mittleren Alters) festgestellt.

Die Verknüpfung von physischem Kranksein und psychiatrischer Störung wurde nicht nur auf psychosomatische Zustände beschränkt gesehen, sondern sie betraf anscheinend das gesamte Spektrum schwerer chronischer Krankheiten.[1)]

Die psychischen Faktoren bei der Tuberkulose lassen sich durch Ausdrücke mit Doppelbedeutung kaum belegen und die Psychogenese scheint gerade bei einer Infektionskrankheit wenig ersichtlich. Eine Tatsache überrascht jedoch: Autopsien zeigten nämlich, daß 70 - 80 % aller Individuen irgendwann im Leben latent an Tuberkulose erkrankt waren,

---

1) Da 30 % der Risikopopulation nicht an der Siebungsprozedur teilgenommen haben und dadurch eine Verzerrung der Befunde bewirkt haben mögen, dürfen diese Ergebnisse nur vorsichtig interpretiert werden.

die tuberkulösen Herde jedoch im klinischen Sinne nie Krankheitswert hatten (STERN 1952, 80). Bei diesen Individuen scheint die körperliche Abwehr so weit funktioniert zu haben, daß zwar die Keime in den Organismus eindringen konnten, sogar gewisse Läsionen verursachten, die Betroffenen aber nichts davon verspürten. In einem angenommenen anderen Fall ist es aber ebenso möglich, daß der Infektionsherd weiter entflammt und es zum Krankheitsausbruch kommt. Die Faktoren, die das "Terrain" der Ausbreitung der Tuberkelbazillen begünstigten, sind neben organischen u.a. auch psychische: Die Krankheit manifestiert sich häufig in Phasen, in denen das Gleichgewicht des Organismus, aber auch die Psyche, gestört oder störbar ist, z.B. in der Pubertät, während der Schwangerschaft, im Klimakterium, nach schweren Erkrankungen, bei Unterernährung usw.

"Die Tuberkulose ist eine Erkrankung, die vielleicht mehr und tiefer als alle anderen Erkrankungen in das Leben der Patienten eingreift." (STERN 1952, 81)

Die lange Dauer, die Symptome, die unvorhersehbaren Zwischenfälle verunsichern den Betroffenen. Er lebt mit einer ständigen existenziellen Bedrohung, so daß er kaum sein Leben zuversichtlich planen kann, da er immer mit Verschlimmerung rechnen muß. Der tuberkulös Erkrankte ist mit dem Sterbenmüssen und dem Todesgedanken vertraut. Durch die Todesfurcht ist er stärkeren Stimmungsschwankungen ausgesetzt als der Gesunde. Diese können dann in der Folge zu Fehlhaltungen oder psychischen Dekompensationen führen.

Hier ist nun nicht der Ort, an dem jeder einzelne somatisch gestörte Prozeß im Zusammenhang mit seinem psychischen Substrat oder vice versa beschrieben werden kann. Der neoplastische Prozeß, die Störungen der Herzfunktion, die Tuberkulose können hier jedoch beispielhaft auch für andere körperliche Störungen und Erkrankungen stehen, indem sie alle etwas gemeinsam haben: Die Somatisierung von Konflikten ist immer eine infantile Ausdrucksform einer infantilen Persönlichkeit, wobei der Betroffene an Konflikten leidet, für die es keine Lösung, keinen Ausweg zu geben scheint und der so keine andere Möglichkeit findet, ihre innere Spannung auszudrücken.

Die Störungen der affektiven Entwicklung bilden also den Boden der Reifungsverzögerung, aus denen dann später hinzukommende traumatisierende Erlebnisse oder ein psychischer Schock pathogen wirksam werden. Hinzu kommt noch eine Neigung mit bestimmten Abwehrformen zu reagieren, ebenso eine Tendenz, starke affektive Erregung ohnehin eher körperlich auszudrücken. Andererseits werden körperliche Beschwerden, auch wenn sie mit Schmerzen gekoppelt sind, eher ertragen als Angst und Schuldgefühle, die den Selbstwert verunsichern und stärkere Auswirkungen und Behinderungen in der mitmenschlichen Kommunikation bedeuten würden.

Außerdem bringen körperliche Beschwerden einen sekundären Krankheitsgewinn in Form von fürsorglicher Zuwendung anderer, Befreiung von Pflichten und Verantwortung, Lösung aus einer bedrückenden Situation (STERN 1952, 318 f.).

Die psychosomatische Betrachtungsweise verbindet die frühkindliche Entwicklung mit gewissen Körperfunktionen, die entsprechend emotional besetzt bleiben. Störungen unterschiedlichster Art stellen sich dann dar als Fixierung an eine Entwicklungsstufe, die in einem bestimmten Augenblick überwunden werden soll oder als Regression, ein Zurückfallen in ein Stadium, das bereits überwunden war. Dabei handelt es sich u.a. um einen unbewußten bedrohlich erlebten andrängenden Triebimpuls. Selbst wenn die ursprüngliche "Gefahr" Jahrzehnte zurückliegt, wird sie weiterhin als konflikthaft erlebt, da das Ich nicht mehr über die Fähigkeit der Realitätsprüfung verfügt. "Dieser Teil des Ichs operiert auf dem Niveau des Primärvorganges" (SCHUR 1980, 343 ff.). Die regressive Einschätzung einer inneren Gefahr mobilisiert bzw. verstärkt Abwehrmechanismen. Es kommt zu einer Resomatisierung, d.h. zu einer physiologischen Regression. Es ist eine Regression in ein präverbales Entwicklungsstadium, in dem sich noch kein Ich konstituiert hat und in dem die Reaktionsmuster auf Reize noch umfassend psychosomatisch sind.

SCHURS (1980, 342) Annahme, daß die Resomatisierung von Reaktionen mit einem Vorherrschen primärprozeßhafter Denkweisen unter Verwendung deneutralisierter Energieformen gekoppelt ist, findet eine Bestätigung

in den Analysen von Patienten mit Dermatosen. So läßt sich zum Beispiel der Juckreiz als ein Korrelat oder Äquivalent der Angst, oder der feindseligen Affekte (Wut und Zorn) oder libidinöser Impulse wiedererkennen. SCHUR (1980, 376) beschreibt, wie auf dem Höhepunkt ihrer Hautsymptomatik die schwergestörten Patienten vom klinischen Erscheinungsbild demjenigen des schizophrenen Prozesses nicht unähnlich sind.

Aus all diesen Vorüberlegungen heraus und bezogen auf die Theorie der Komplementarität von psychologischer und psycho-biologischer Regression soll folgende Arbeitshypothese die körperliche Dimension des regressiven Verhaltens dieser 80 chronisch-psychiatrisch Erkrankten prüfen:

Chronisch psychiatrisch Erkrankte zeigen neben den extrem hohen psychischen Regressionsformen auch gehäuft somatische Korrelate dieser regressiven Tendenz; und zwar sowohl vor als auch in allen Phasen der psychiatrischen Erkrankung.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	vegetative Beschwerden			funktionelle Beschwerden			Psychosomatosen			Organerkrankung (Neurolog. u. Stoffwechsel)			Tendenz zu Unfällen, Brüche, Stürze u. ähnliches		
		vor	während	alternier.	vor	während	alternier.	vor	während	alternier.	vor	während	alternier.	vor	während	alternier.
2	präsenile oder senile Demenz										1	2		1	1	
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng				1						2	5				1
1	Persönlichkeitsstörung		1												1	
13	Oligophrenie				1	2			3		3	9		1		
12	Alkoholismus	1				5	1	2	4		6	7	3	4		
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen, schizo affektive Psychos.	2		2	1	2		2	2		7	6	2	5		1
34	Schizophrenien	2	3		6	5		4	7	1	10	11	3	5		
1	nicht klassifizierbar		1		1	1	1			1			1	1		
80	Insgesamt	5	5	2	10	15	2	8	16	2	29	40	9	17	2	2
	%(vor psychiatr. Erkrank.)	6%			13%			10%			36%			21%		
	%(während " ")		6%			19%			20%			50%			3%	
	%(alternierend " ")			3%			3%			3%			11%			3%

Tabelle 39 Maß nicht psychiatrischer körperlicher Erkrankungen: vor, während und alternierend (nach) psychiatrischer Erkrankung in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Zunächst soll festgestellt werden, daß das Ausmaß der körperlichen Beschwerden und Erkrankungen vor der psychiatrischen Erkrankung eine geringere Gültigkeit besitzt (so bleiben frühere körperliche Beschwerden teilweise unerwähnt, da sie zum Alltag gehören) als die körperlichen Symptome, die nach klinischer Aufnahme, also während der psychiatrischen Erkrankung auftraten und so anamnestisch eindeutiger erfaßt werden konnten.

Vegetative Beschwerden wurden bei 5 Patienten (6 %) vor, ebenso die gleiche Anzahl während der psychiatrischen Erkrankung eruiert. 2 Patienten (3 %) zeigten diese Beschwerden alternierend mit der psychiatrischen Erkrankung.

Funktionelle Beschwerden traten bei 10 Patienten (13 %) vor, bei 15 Patienten (19 %) während, wiederum nur bei 2 Patienten (3 %) alternierend mit der psychiatrischen Erkrankung auf.

Psychosomatosen wurden bei 8 Patienten (10 %) vor, bei der doppelten Anzahl, nämlich 16 (20 %) während und wieder nur bei 2 Patienten (3 %) alternierend mit der psychiatrischen Erkrankung festgestellt.

Organerkrankungen waren bei 29 Patienten (36 %) vor, während der psychiatrischen Erkrankung sogar bei der Hälfte, nämlich 40 Patienten (50 %) festzustellen. Dies mag eine Aussage machen über den grundsätzlich progredienten Verlauf der Erkrankung, aber auch über das vermutete Ausmaß der körperlichen Korrelate der gesamten Regressionstendenz. In der Abbildung (Konfliktniveau und regressive Symptomwahl) entsprechen sich als zwei Pole einer kontinuierlichen Skala die extremsten Regressionsformen: Einmal die psychotische Lösung, zum anderen die somatische Lösung. In dieser Kohorte (mit 45 insgesamt psychotisch Erkrankten) herrschen naturgemäß extreme Formen der psychischen Regression (s.a. die hohe Regressionsform der chronisch Alkoholerkrankten) vor, so daß sich die physiologische Regression während der Erkrankung besonders augenfällig komplementär verhält. Anders ausgedrückt hieße das: Je kränker ein Mensch im psychiatrischen Sinne ist, desto häufiger sind auch Organsysteme an dem Gesamterkrankungszustand mitbeteiligt. Bei den "eindeutigen" Organerkrankungen

läßt sich die These im Ergebnis mit 50 % bestätigen. Alternierend zu (oder nach) psychiatrischen Symptomen zeigten 9 Patienten (11 %) körperliche Symptome (und zwar gerade nicht die Diagnosenuntergruppen, die im psychiatrischen Sinne organisch erkrankt oder behindert sind), die ihnen weiterhin regressives Verhalten ermöglichten, jetzt jedoch - vielleicht auch nach der stationären Behandlung oder medikamentösen Beeinflussung - vermutlich mit eher anderen Konfliktabwehrformen, nämlich Verdrängung und Verneinung statt projektiver Konfliktabwehr (bleibt aber spekulativ, da diese Abwehrformen nicht geprüft wurden).

Eine Tendenz zu Unfällen, Brüchen, Stürzen und dergleichen weisen immerhin 17 Patienten (21 %) vor ihrem psychiatrischen Auffälligwerden auf.[1] Neben selbstschädigenden Momenten deutet diese "Fallsucht" im sprichtwörtlichen (nicht im klinischen) Sinne auch auf Regressives hin. Andererseits handelt es sich ja hier um vorwiegend männliche Patienten aus den unteren Sozialschichten. Eine Studie über soziale Faktoren und Mortalität in Hannover (KEIL u. BACHSMANN 1976, 165) belegt, daß Unterschicht-Männer einem signifikant höheren Unfallrisiko ausgesetzt sind, als Männer aus sozio-ökonomisch besseren Verhältnissen.

Es haben aber gerade Unterschicht-Patienten ein gänzlich somatisches, wenn nicht gar magisches Krankheitsverständnis (nach MITSCHERLICH u.a. 1970, bei RUDOLF 1973, 134), was ein Hinweis darauf sein mag, wie ein unbewußt konstellierter Regressionswunsch (vielleicht auch als notwendiger Urlaub aus der grauen Arbeitsmonotonie) durch Verletzungen bei einem Unfall, einem Sturz usw. realisiert wird, ohne sich und das eigene Weltverständnis (z.B. durch eine psychische Dekompensation) in Frage stellen zu müssen, zumindest, solange die Abwehr nicht brüchig wird.

Neben regressiven Momenten können in einer Tendenz zu Unfällen auch noch weitere unbewußte Motive zum Ausdruck kommen. So bewiesen Personen mit hoher Unfallhäufigkeit (im Straßenverkehr) in einer sorgfältig durchgeführten Studie (CONGER et. al. 1967, 1108)

---

1) Alternierend mit den psychischen Regressionsformen ist eindrücklich der Fall des querschnittgelähmten Patienten, der sich aus dem Fenster stürzte und seitdem keine psychotische Dekompensation aufwies (1713).

1. eine niedere Spannungstoleranz
2. verdeckte Feindseligkeit
3. geringe Selbstsicherheit gegenüber der Kontrollgruppe.

Neben diesen drei Faktoren spricht - wegen der hohen Anzahl der Unfälle vor der klinischen Einweisung - bei diesen Patienten weiterhin mehr für Regressives: Auch in der Klinik kann man "verunfallen", wobei die stationäre Behandlung ja dem regressiven Wunsch zunächst entgegenkommt; während und alternierend mit der psychiatrischen Erkrankung waren jedoch jeweils nur 2 (3 %) der Patienten "verunglückt".

Welche Organsysteme waren nun insgesamt bei den 80 Patienten beteiligt? Welcher Art waren die körperlichen Erkrankungen (Anzahl der Patienten befindet sich in Klammern), welche führten zum Tod (hier betreffen die Nennungen nur die Patienten, die stationär als Patienten der kleineren Klinikeinheit verstarben und die nachweislich an diesem Organsystem erkrankt waren)?

- Tuberkulose (15)
- Herz-Kreislauf (12)
- Magen-Darm (10)
- Übergewicht (10)
- Bronchopneumonie (9); daran verstorben 3 Pat.
- Diabetes (9)
- Hernie (7); nach Op verstorben 1 Pat.
- Tumor (5); daran verstorben 3 Pat.
- Haut (5)
- chronische Bronchitis, Laryngitis, Tonsillen (4)
- Leberschaden (4)
- Parkinson (4)
- Nieren-Harnsystem (3)
- Sehstörung (2)
- Gelbsucht (1)
- Toxoplasmose (1)

Insgesamt sind das 101 Nennungen: Auf die Patienten verteilt, ergibt das ein 2,5-faches Beteiligtsein von ganz unterschiedlichen Organsystemen, da von einer 50 %-igen Organerkrankung der 80 Patienten ausgegangen war.

An Tuberkulose, die als Erkrankung ja ein ganzes Leben den Betroffenen begleiten kann, waren immerhin 15 Patienten (19 %) erkrankt. Eine weitere Beteiligung an pulmonalen Prozessen betraf die 9 Patienten (11 %), die an einer Bronchopneumonie erkrankt waren, wobei 3 Patienten (2 noch stationär psychiatrisch) verstarben. Diese relativ große Anzahl von Lungenentzündungen erstaunt heutzutage und gibt einen Hinweis darauf, wie schwer erkrankt die Patienten insgesamt waren. Andererseits ist das auch ein Maß der regressiven Prozesse, in denen sich die Patienten befanden.

Möglicherweise hatten jedoch diese relativ hohen prozentualen Verteilungen am pulmonalen Organsystem auch mit der unmittelbaren Nähe einer Lungenfachklinik zu tun, die sich auf dem weiteren Klinikgelände befand und die qua ihrer Fachkräfte, die die Stationen der kleineren Klinikeinheit konsiliarisch betreuten, alte und neue Krankheitsprozesse präziser erfassen konnten.

Auch das Herz-Kreislaufsystem war mit 12 Patienten (15 %) relativ häufig betroffen.

Tumorerkrankt waren 5 Patienten (6 %), wobei 3 Patienten an den malignen Prozessen verstarben.

Es erkrankten also eine große Anzahl der Patienten an diesen drei o.g. Organsystemen, wobei "die Wahl" dieser Organe ja keine selbstgesteuerte ist, jedoch eine absolute Regression ermöglichen.

Die Parkinson'sche Krankheit als neurologisch bestimmte Art einer Organerkrankung des ZNS war diagnostisch relativ eingrenzbar: Sie betraf

- 1 Epilepsie (Hirnverletzung, cerebrales Anfallsleiden)
- 1 paranoid-halluzinatorische Psychose im Senium
- 1 Zyklophrenie
- 1 schizophrener Defekt.

Gerade bei psychotisch Erkrankten, die medikamentös behandelt werden, ist es bekanntlich häufig der Fall, daß extrapyramidale Erscheinungen auftreten. Ein beginnender Morbus Parkinson bei diesen drei psychotisch Erkrankten kann also durch Psychopharmaka verstärkt, wenn nicht sogar ausgelöst worden sein. Bekannt ist, daß Neuroleptika häufig irreversible Spätdyskinesien auslösen, nach jüngeren Untersuchungen bis zu 40 % (FREEMAN 1978, 167 f.). in der vorliegenden Kohorte jedoch nur bei 5 % der Patienten insgesamt.

Psychosen insgesamt

Zur näheren Ausdifferenzierung der befallenen "Organsysteme" bei den 45 psychotisch Erkrankten sollen diese nun nochmals gesondert aufgelistet werden (Anzahl der Patienten in Klammern); dabei ist ablesbar, in welchem Zeitraum sie hinsichtlich der psychotischen Erstmanifestation erkrankten:

Erkrankungsart (Organsystem, Unfälle)

		davon	vor	während	alternierend
Unfälle, Stürze	(11)	"	10	-	1
Tuberkulose	(10)	"	5	3	2
Herz, Kreislauf	(9)	"	2	6	1
Diabetes	(6)	"	1	5	-
Magen	(5)	"	2	3	-
Adipositas	(3)	"	-	2	1
Tumor	(2)	"	-	2	-
Bronchopneumonie	(2)	"	-	2	-
Harnwege, Nieren	(2)	"	1	1	-
Hernie	(2)	"	-	2	-
Sehstörungen	(2)	"	1	1	-
Polio	(1)	"	1	-	-
Syphilis	(1)	"	1	-	-
Infektion	(1)	"	-	1	-

Es gab insgesamt 57 Nennungen, bei denen eine somatische Beteiligung der Erkrankung feststellbar war, d.h., diese Patienten wiesen ein hohes Maß einer allgemeinen Erkrankungsneigung auf, neben der Tendenz zu Unfällen war es wieder die Tuberkulose und das Herz-Kreislaufsystem, die starke somatische Korrelate zur Schwere der Psychopathologie darstellten. Außerdem erschienen neben den 6 an Zucker Erkrankten (die besondere Diät als Zuwendungsform!) auch 5 Patienten (11 %) mit einer Magensymptomatik, was für depressive Anteile spricht.

Eine eher unmittelbar somatische Auslösung (s. a. Kap. III.6.2 - Situative Bedingungen anderer psychotraumatischer Belastungen der psychotischen Erstmanifestation) traf bei 5 (6 %) der Schizophrenen zu:

1mal bei 2 weiblichen Patienten insofern, als Patientin (0705) durch schweren Alkoholabusus 13 Jahre lang nach einem Unfall (Lendenwirbelbruch), infolgedessen sie berentet und geschieden worden war, dekompensierte.

Die andere Patienten (1732) dekompensierte wegen Nierenkoliken und vorherigem Alkoholabusus.

Zum anderen waren 2 männliche Patienten 1 - 2 Jahre vor ihrer Dekompensation an offener Tbc erkrankt, was letztlich mitbestimmend für die psychische Dimension der Regression wurde.

Ein weiterer schizophrener Patient (1708) hatte vor Erkrankungsbeginn viel Alkohol konsumiert und wenig geschlafen.

Eine Vergleichszahl stammt aus dem Bonner Erfahrungsgut, bei dem in 9 % der Fälle eine somatische Anlaßsituation im Hinblick auf die psychotische Erstmanifestation gegeben war: Am häufigsten durch fieberhafte Erkrankungen, Operationen, Überforderungen, Erschöpfung, Alkoholintoxikation, Unfälle und Schlafdefizit (HUBER et al. 1979, 358).

Insgesamt zeigt sich bei diesen psychopathologisch 80 "Schwerstkranken", daß somatische Korrelate der Regression eine vergleichbare Größe zur psychischen Regression darstellen, immer vorausgesetzt, daß

man die psychische Erkrankung als regressiven Prozeß ansehen möchte. Die These kann insgesamt - vorsichtig jedoch wegen der kleinen Untergruppen dieser inhomogenen Patientenkohorte - für alle Diagnosen bestätigt werden. Eine Betrachtung des zeitlichen Erscheinens der somatischen Korrelate (vor, während, alternierend) im Rahmen des Gesamtverlaufs erbrachte außer einer besseren Differenzierung der allgemeinen Regressionstendenz keine signifikanten Aufschlüsse.

10.0 Therapieversuche während psychiatrischer Klinikaufenthalte

Die gesamten therapeutischen Bemühungen, mit denen die Patienten im Ablauf ihrer institutionellen Karriere konfrontiert wurden, konnten nur eingeschränkt in die Untersuchung mit eingehen, da sie eindeutig überprüfbar erst im Rahmen der Behandlung in der kleineren Klinikeinheit wurden. Waren Behandlungsformen und -eingriffe und ihre Wirksamkeit (somatisch, medikamentös, beschäftigungstherapeutisch usw.) jedoch aus der Großklinik und zuvor aus anderen Institutionen bekannt, wurden sie ebenso in die Verlaufsbeurteilung mit einbezogen. Die Effektivität der therapeutischen Maßnahmen beschreibt aber primär den Ist-Stand in der kleineren Klinikeinheit.

Obwohl in der Vergangenheit Chronikerstationen durch das ärztliche Personal eher als Durchgangsstationen betrachtet wurden, bestanden relativ stabile Bezugsverhältnisse in der kleineren Klinikeinheit für die 80 Patienten, insbesondere durch eine Ärztin, die mit Unterbrechung etwa 3 Jahre Stationsärztin war. Es waren zunächst im Verlegungsjahr 1969 die 64 (bzw. 65) Männer auf drei Stationen verteilt worden und erst im Verlaufe, nach ersten Entlassungsschüben, auf einer dieser drei Stationen zusammengefaßt worden. Die 16 Frauen bildeten eine Station; nach Entlassungen kamen jedoch bald neue Patienten hinzu, die nicht zur Kohorte gehörten. Die Frauenstation wurde teilweise von den Ärzten der anderen Station mitversorgt. Vertretungshalber blieben einige wenige Assistenzärzte für kürzere Zeit (6 - 12 Wochen) auf der Männerstation. Es gab eine Fluktuation von insgesamt 12 Ärzten auf den Chronikerstationen innerhalb von 10 Jahren, d.h. insgesamt gar nicht so viel Wechsel. 1976 (6,5 Jahre nach der Verlegung) wurde der Frauenstation eine Psychologin zugeordnet. 1978 - 1979 kamen im Rahmen des Arbeitsbeschaffungsprogramms des Senats 12 Psychologen (und Soziologen) in die kleinere Klinikeinheit. 2 Psychologen (darunter die Verf.) und 1 Soziologe arbeiteten mit den Patienten der zwei Chronikerstationen, die damals unter der Leitung einer erfahrenen Psychoanalytikerin standen.

Als die kleinere Klinikabteilung 1969 eröffnet wurde, gab es relativ wenig Therapieangebote. Es bestand zunächst eher ein Routinebetrieb

mit den typischen statischen Momenten des Pflegewesens, was an den damaligen Verlaufsprotokollen, die noch vom Personal geführt wurden, ablesbar war: Die Pflegeberichte zeichneten sich meist durch negative Beschreibung und/oder durch Stereotypien aus. Ab 1970 wurde diese Aufgabenstellung dann vom ärztlichen Personal, später u.a. auch von den Psychologen übernommen. Eine weitere Erschwerung war die Krankenführung durch das unerfahrene, koreanische Pflegepersonal, die eher verwahrenden Charakter hatte.

Nach der Verlegung im Laufe der Jahre bewiesen manche Patienten eine Anhänglichkeit, die nicht die Person eines Arztes betraf, sondern sich vielmehr als eine Anhänglichkeit an die Großklinik darstellte. So kam es bei drei Patienten zu einer Rückverlegung auf eigenen Wunsch. 9,5 Jahre nach der Verlegungsaktion entwich von einer therapeutischen Reise ein schwachsinniger Patient, der sich als blinder Passagier zum Festland überschiffen ließ, mit einer späteren Begründung, daß er zur ehemaligen Klinik (Großklinik) zurückwollte.

Die Angst vor Veränderung (und den damit verknüpften Anforderungen) war sicherlich ein Motiv, gefolgt von dem Wunsch, in eindeutigere Verhältnisse zurückzukehren. Andererseits konnten Patienten dort auch eher untertauchen, man behelligte sie weniger mit therapeutischen Angeboten, um sie aus ihrer Regression zu holen. Hinzu kam, daß Patienten bei Fehlverhalten in der Großklinik (was aus den Pflegeprotokollen augenfällig hervorging) unter Strafe (Bedrohung und Beschimpfung) eine früh erlernte masochistische Triebbefriedigung erhielten.

Im Verlauf von einigen Jahren veränderte sich aber der Pflegebereich in der kleineren Klinikeinheit erheblich, und zwar sowohl quantitativ als auch qualitativ. So verbesserte sich auch die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und dem therapeutischen Personal. Nachdem in den ersten Jahren eher nach dem Prinzip des Gewährenlassens verfahren wurde, u.a. auch, um die erlebten Zwänge in der unüberschaubaren Großklinik zeitweise abzubauen, entwickelte sich in den späteren Jahren eine prospektive Sichtweise, wobei langsam die Überzeugung wuchs, daß der Begriff "chronisch" nicht gleichbedeutend mit "unveränderlich" ist. Unter dem Einfluß von "Sozial-" und "Haltungstraining",

insbesondere auf den therapeutischen Reisen und in der Nachfolge wurden erhebliche Erfolge erzielt. Der Schwerpunkt der stationären Behandlung lag in den letzten beiden Jahren der Verlaufsbeobachtung vorab auf einer inneren Rehabilitation zur Vorbereitung von plötzlich möglich gewordenen Entlassungen. Die Chronikerstationen begriffen sich ab dann als Langzeitrehabilitationsstationen.

Sicherlich war das Behandlungsklima dieser städtischen psychiatrischen Abteilung auch noch dadurch positiv geprägt, als sich eine Reihe von Assistenzärzten in psychotherapeutischer Weiterbildung befand, manche dieser sogar erfahrene Analytiker waren. Obwohl gerade Weiterbildungsteilnehmer sicherlich eine Portion konstruktiver Unruhe verursachen können, ist die therapeutische Atmosphäre dieser psychiatrischen Abteilungen auch um psychodynamische Erkenntnisse der einzelnen bereichert und nicht zuletzt durch das Wohlwollen des Chefarztes geprägt, der ja letztlich auch die Weiterbildung der Ärzte förderte.

Ab 1977, mit der Eröffnung einer geschützten Werkstatt, gab es noch weitere strukturierte Nachsorgeprogramme, so auch die Einrichtung einer Übergangswohngemeinschaft 1978 mit weitgehender Selbstversorgung, in die 6 - 8 Patienten dieser Station und 3 Patienten der Kohorte entlassen werden konnten. Eine Möglichkeit zum Nachtklinikstatus bestand schon seit 1974.

10.1 Eingriffe und medikamentöse Behandlung

In den 30-er Jahren wurde als "großes" somatisches Behandlungsverfahren das Schockverfahren (Insulinschock, Cardiazolkrampf, Elektrokonvulsion) entwickelt, von dessen Einführungen man sich zunächst für die Behandlung der in ihren Ursachen größtenteils weithin unbekannt gebliebenen Psychosen guten Erfolg versprach. Die damit verknüpften Erwartungen, auch Sonderindikationen für jedes der Schockverfahren herauszuarbeiten, wurden in den folgenden Jahrzehnten weitgehend enttäuscht. Obwohl Schockverfahren weiterhin Anwendung finden, gibt es noch keine allgemeingültigen Regeln für den Indikationsbereich der unterschiedlichen körperlichen Behandlungsverfahren.

"Die somatische Schockbehandlung der Schizophrenie ist unserem heutigen Wissen nach nicht imstande, die Prognose der Krankheit auf lange Sicht in statistisch faßbarer Weise zu verbessern." (BLEULER 1960, 39)

Darüber hinaus wurden die Gefahren der Schockbehandlung (vorab der Elektrokonvulsions-"Therapie") immer deutlicher. Neben den bekannten mnestischen Störungen, die allgemein als Begleiterscheinungen der EKT akzeptiert wurden, ist die gefürchtete Komplikation der Insulinbehandlung das verlängerte Koma. Die Hirnschädigung bei der Krampfbehandlung ist sowohl elektroencephalographisch als auch tierexperimentell nachgewiesen worden. Schädigungen der Nieren und des Kreislaufs sind weitere Komplikationen. Jahrelange wissenschaftliche Kontroversen beschäftigten sich mit der Frage, ob nun mechanische Maßnahmen die geeignete Prävention darstellen (BLEULER 1960, 42).

Etwa gleichzeitig mit der Schockbehandlungsära wurden bei schweren psychischen Erkrankungen Methoden zur Durchführung hirnchirurgischer Eingriffe (z.B. Lobotomie) entwickelt.

Ebenso wurde nach der Hitler'schen Machtergreifung die Zwangssterilisation zur Verhütung "erbkranken Nachwuchses" wie: angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressives Irresein, erbliche Fallsucht usw. eingeführt, wobei es hier um einen eindeutigen Übergriff auf freiheitliche Rechte menschlicher Reproduktionsfähigkeit ging.

Die menschenunwürdige Binnenatmosphäre der überbelegten Kliniken nach dem 2. Weltkrieg, worunter am meisten die chronisch Kranken, die 60 - 70 % der psychiatrischen Krankenhauspopulation ausmachen, zu leiden hatten, verbesserte sich schrittweise mit Einführung der Psychopharmaka zur Psychosebehandlung Anfang der 50-er Jahre. Eine nicht gering zu achtende positive Entwicklung setzte ein. So gelingt es heute, fast alle Schizophrenen wenigstens einmal zu entlassen. Die durchschnittliche Verweildauer verkürzte sich erheblich. Die Kehrseite ist jedoch, daß die Zahl der Aufnahmen und Entlassungen außerordentlich stark zunahm. Mit Hilfe der neuen Medikamente gelang es, selbst schwer erregte

Patienten innerhalb kürzester Zeit ruhigzustellen, diese nach wenigen Wochen zu entlassen, so daß es vermehrt zum raschen Durchgang der Patienten kam, aber auch gehäuft zu Wiederaufnahmen. Die sogenannte "Drehtürpsychiatrie" entwickelte sich u.a., da häufig ein verläßliches Nachsorgeprogramm fehlte und die Patienten meistens in ihre Einsamkeit oder in ihr pathogenes soziales Netz zurückkehrten. In Baden-Württemberg wurde jeder 2. Schizophrene innerhalb der nächsten 2 Jahre wieder aufgenommen. "Mit der Zahl der Hospitalisierungen steigt die Gefahr der Dauerunterbringung" (HARTMANN u. MEYER 1974, 5).

Daß Schizophrene heute so kurz nach einer stationären Behandlung wiederaufgenommen werden müssen, hängt nicht primär von der in den meisten Fällen unzureichenden medikamentösen Behandlung (zumindest bei jedem 2. Patienten) ab, sondern von der 6-Wochen-Frist des Unterbringungsgesetzes (HARTMANN u. MEYER 1974, 5).

Ungünstigerweise werden demnach gerade die für eine Dauerunterbringung am meisten gefährdeten Patienten viel zu kurz und zu wenig intensiv behandelt. Befunde aus 6 Landesnervenkliniken in Niedersachsen belegen dies (HARTMANN u. MEYER 1974, 5).

Nähere Untersuchungen brachten eindeutige Ergebnisse, daß Neuroleptika die Wiedererkrankung mildern und die soziale Anpassung, z.B. im Rahmen einer Soziotherapie verbessern und so auch den Weg für eine ambulante Psychotherapie eröffnen.

Eine ambulante, medikamentöse Weiterbehandlung, wie sie zu 94 - 95 % in Dänemark geschieht, ermöglichte dort spektakuläre Abnahmen von Hospitalisierungen und Dauerhospitalisierungen (STRÖMGREN 1973, bei HARTMANN u. MEYER 1974, 5) und kann in Verbindung mit anderen rehabilitativen Maßnahmen und geschützten Wohn- und Arbeitsbereichen den Teufelskreis der Drehtür-Psychiatrie unterbrechen.

Aber selbst ohne den Einsatz einer gelenkten sozialen Rehabilitation kann eine medikamentöse Therapie gute Ergebnisse erzielen. So zeigten 161 Patienten der Bonner Universitäts-Klinik, die 1960 - 1969 hauptsächlich pharmakologisch behandelt worden waren, bei Entlassung keine

psychotischen Symptome mehr i.S. einer Prozeßaktivität, vor allen Dingen aber 4 Jahre nach Entlassung immer noch eine hohe soziale Stabilität (VOGEL u. VLIEGEN 1975, 572).

Inzwischen ist ja auch die pharmakologische Ruhigstellung, die die ehemalige Anstalt vom Tollhaus zum Kurhaus machte, aber bei hohen Dosen dem Patienten auch den Sinn für seine eigene Lebenskrise raubt (BACH 1980, 8), die ihn schon seinen Verstand gekostet hat, einer Einstellung gewichen, die im Gefolge mehr das Interesse des Patienten (und seiner eventuellen Nachbehandlung) wahrnimmt, als den "Zweck, dem Personal ruhige und gehorsame Patienten zu verschaffen" (JONAS und JONAS 1977, 47).

Neuroleptika sollen insbesondere die Rückfallquote primär bei den Patienten, deren familiale Kontakte durch ein überstarkes Verstricktsein (emotional-over-involvement-family) geprägt ist, verringern, nicht aber bei Patienten mit entspannter Familienatmosphäre (CIOMPI 1981, 511). Dies sind wichtige Erwägungen im Hinblick auf diverse Nebenwirkungen der Medikamente, die sich in einer gesteigerten Passivität, in energetischen Potentialeinbußen und häufig irreparablen "extrapyramidalen Insuffizienzsyndromen" (SPOERRI 1975, 208) äußern.

Von Depot- und Langzeitneuroleptika können insbesondere im Rahmen einer ambulanten Weiterversorgung ledige schizophrene Patienten profitieren (TEGELER et al. 1980, 661), wobei auch diese medikamentöse Langzeittherapie beste Ergebnisse in Kombination mit sowohl psycho- als auch sozio-therapeutischen Maßnahmen zeitigt.

Angesichts der teilweise jahrzehntelangen Unterbringung der Patienten - eine Reihe von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen waren zwischen 13 - 31 Jahren verwahrt worden - (s. Kap. III.7.1 - Zeiträume der Verweildauer in der Großklinik) bietet sich die Vermutung an, daß diese jahrzehntelang untergebrachten "Dauer"-Patienten auch vermehrt den damals in den 30-er Jahren bis Anfang 1952 üblichen "großen" somatischen Behandlungsmethoden ausgesetzt waren. Die sich daran anschließende Arbeitshypothese bezieht diese Wahrscheinlichkeit mit ein:

Chronische Patienten sind infolge ihrer teilweise jahrzehntelangen Unterbringung vermehrt somatisch-"therapeutischen" Eingriffen und Zwangsmaßnahmen ausgesetzt worden und haben deshalb auch unter den Folgeerscheinungen zu leiden.

Zunächst wurde davon ausgegangen, daß neben den Krampfbehandlungen des Elektroschocks auch Insulinbehandlungen durchgeführt worden waren. Darüber hinaus wurde vermutet, daß auch Patienten gehirnchirurgischen Eingriffen und Sterilisationen unterzogen worden waren.

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Elektroschock	Sterilisation	Psychopharmaka	
				Neuroleptika	Tranquilizer
2	präsenile oder senile Demenz			2	1
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.			6	2
1	Persönlichkeitsstörung			1	1
13	Oligophrenie		1	6	3
12	Alkoholismus			2	2
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.	1		10	2
34	Schizophrenien	5	1	32	
1	nicht klassifizierbar			1	1
80	Insgesamt	6	2	60	12
	%	8 %	3 %	75 %	15 %

Tabelle 40 Therapieversuche während psychiatrischer Klinikaufenthalte: Eingriffe und medikamentöse Behandlung (bezogen auf psychiatrische Erkrankung) nach Diagnosen in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Überraschend war, daß von keinem der 18 "Schwerst"-Kranken mit teilweise jahrzehntelanger Unterbringung hirnchirurgische Eingriffe erwähnt wurden, genausowenig Insulinschockbehandlung im Rahmen der Psychosetherapie. Es wurden nur 6 von 45 Psychosen (13 %) mit Elektroschock (EKT) behandelt; das sind 8 % der Patienten insgesamt.

Anhand der folgenden Fallbeispiele sollen die Ergebnisse dieser Behandlungsform näher beleuchtet werden.

Eine schizophrene Patientin (0704) erhielt insgesamt während drei psychiatrischen Aufnahmen 18 EKT's, wobei alle erfolglos blieben. Ursprünglich Fürsorgerin, zieht sich Patienten 1939, 24-jährig, in sich zurück, erkrankt manifest 29-jährig. Die Patientin sei, so berichtet die Mutter, nach ihrem 2. klinischen Aufenthalt und den ersten 8 EKT's in Berlin-Weißensee (Ost-Berlin) - "sehr häßlich zu einem Familienmitglied" gewesen, aber man sei mit ihr fertiggeworden (!). Was dies familiendynamisch heißen mag, läßt sich nur ahnen! Die Patientin verstarb 59-jährig 1/2 Jahr nach der Verlegung an einem Unterleibstumor mit Infiltrat des rechten Urethers.

Zwei schizophrene Patienten wurden wegen Aggressivität einer EKT-Behandlung (Strafmaßnahme?!) unterzogen.

Patient (1714) wurde nach EKT "umgänglicher" (Drohungen gegenüber Eltern), befindet sich aber weiterhin als Dauerpatient in der kleineren Klinikeinheit.

Patient (0702), der auch EKT's ausgesetzt war, verstarb 42-jährig an Blutungen bei Thrombozytho- und Koagulopathie (36-jährig, 1 Jahr nach Verlegung entlassen).

Fraglich ist, ob man diese Todesart auch ursächlich verknüpft mit der damaligen EKT sehen kann, die der Patient 1969, noch in der kleineren Klinikeinheit erhalten hatte und zwar als Schädigung des Blutkreislaufes, was nach EKT als Komplikation beobachtet wurde (s.o.).

Bei der schizophrenen Patientin (1733), die bei ihrer ersten Einweisung die Diagnose "abnorme Erlebnisreaktion" erhielt und deren spätere Diagnose einer 'Schizophrenie' fraglich blieb, soll die EKT zur Verbesserung der blühenden psychotischen Symptomatik beigetragen haben. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte die Patientin in eigener Wohnung in unmittelbarer Nähe ihres Sohnes und dessen Familie. Sie verweigerte die Nachuntersuchung mit der Begründung, ihr sei damals in der Klinik Unrecht getan worden. Vom Sohn der Patientin war zu ermitteln, daß es der damaligen Patienten psychisch relativ gut ging, sie aber vermehrt körperliche Beschwerden habe. Man kann diese körperlichen Beschwerden unter zweierlei Aspekten betrachten: Sie können einmal die Spätfolgen der EKT sein, im anderen Fall mögen sie, da sie alternierend mit der psychotischen Dekompensation auftreten, ein somatisches Korrelat der allgemeinen Regressionsbereitschaft darstellen, insbesondere auch deshalb, da die Patientin auch vor der psychiatrischen Erkrankung eine Vielzahl körperlicher Krankheiten durchlebte: Eine (unbekannt gebliebene Poliomyelitis; Syphilis (vom Mann weitergegeben); 9 - 12 Fehlgeburten; starke Kopfschmerzen).

Die psychotische Patientin (1611) - mit ausgeprägtem Wahnsystem noch bis zum Zeitpunkt der Spätkatamnese - erhielt 59-jährig, bei ihrer ersten psychiatrischen Aufnahme (insgesamt 6) eine EKT. 85-jährig befand sie sich, inzwischen ununterbrochen über zwei Jahrzehnte, in psychiatrischer Unterbringung.

Zwangssterilisationen wurden bei insgesamt 2 Patienten (3 %) durchgeführt.

1 oligophrener Patient (1409) wurde 1937, 25-jährig, zwangssterilisiert. Geheiratet habe er nie, aber Freundinnen gehabt. Patient lebt in gemischtem Heim in der BRD.

1 schizophrener Patient (1714) wurde 1942, 18-jährig, zwangssterilisiert. Er befindet sich seit der Verlegung ununterbrochen in der kleineren Klinikeinheit, wo ihm seine Mutter weiterhin frische Wäsche bringt, wobei sie anläßlich des Besuches dafür sorgt, daß er diese wechselt.

Insgesamt läßt sich die These nicht bestätigen, da es nur zu wenig Nennungen (8 %) bezüglich der somatischen Behandlungsformen kam und zu noch weniger Nennungen hinsichtlich der Zwangssterilisation (3 %).

Vermutlich sind die Patienten, die derartige Roßkuren in gewissen "Heilanstalten" ausgesetzt worden sind, gar nicht mehr am Leben, da sie im Dritten Reich während der Euthanasieaktion "liquidiert" worden waren und deshalb auch nicht in einer Kohorte der langfristig untergebrachten Patienten in Erscheinung treten können. Möglicherweise wurden nicht alle durchgeführten Zwangsmaßnahmen in der Krankengeschichte festgehalten. Andererseits waren ja die weniger "schweren" Dauerfälle für die Verlegungsaktion ausgewählt worden, so daß auch hier ein Selektionsfaktor mitbestimmend war.[1)]

Für die 6 Patienten, die mit EKT behandelt wurden, läßt sich die These insofern tendenziell bestätigen, als mögliche spätere körperliche

---

1) Ob es sich tatsächlich um eine diagnostisch bzw. prognostisch günstigere Patientengruppe handelte, läßt sich im Nachhinein nicht mehr klären: Die Einschätzung bezieht sich auf das subjektive Urteil derjenigen, die die Patienten für die Verlegung vorschlugen.

Beschwerden oder verfrühtes Sterben im ursächlichen Zusammenhang mit den vermuteten Folgeerscheinungen der EKT gesehen werden konnen. Im übrigen scheint die EKT wenig sinnvolle therapeutische Wirkungen gehabt zu haben: Draußen lebt nur 1 Patient, 3 sind weiterhin stationär untergebracht; 2 weitere Patienten relativ früh verstorben.

Psycho-pharmakologische Therapie

Von 80 Patienten wurden 60 Patienten (75 %) neuroleptisch behandelt. 12 Patienten (15 %) erhielten Tranquilizer. Der gesamte Einsatz von Psychopharmaka ist augenfällig hoch, vor allem, wenn man noch die Anzahl der unterschiedlichen Neuroleptika überprüft, die einzelne Patienten im Verlauf ihrer stationären Behandlung einnahmen. Bei 1 Patienten waren es insgesamt 8 verschiedene Sorten innerhalb der medikamentösen Behandlung in Großklinik und kleinerer Klinikeinheit. Dies klingt nach Versuchskaninchen oder Ratlosigkeit.

2 Patienten (1713 und 1716), die 6 Nennungen bei neuroleptischen Medikamentensorten aufwiesen, verblieben stationär.

Gerade der Patient (1723) mit 8 unterschiedlichen Versuchen neuroleptischer Medikamente konnte jedoch 8 Jahre nach der Verlegung in ein Übergangswohnheim entlassen werden.

In jedem Fall steht hinter diesen vielfältigen Versuchen der Medikamentengabe und Dosierungen aber auch ein therapeutisches Bemühen, was sich letztendlich auch an der Anzahl der im Verlauf der Jahre möglich gewordenen Entlassungen dokumentiert.

10.2 Wirksamkeit nicht-medikamentöser Behandlungsmethoden

Betrachtet man die Wirkungsweise von rehabilitativen Maßnahmen bei psychisch Kranken, so ist eine immer stärker werdende Tendenz in den vergangenen 3 Jahrzehnten spürbar, statt primar körperlicher Behandlungen andere Behandlungsverfahren, insbesondere die der Psychotherapie (im weiteren Sinne), in den Vordergrund zu stellen. Hierzu gehörte

auch die erstmals von Hermann Simon systematisch entwickelte Aktivierung der chronisch Kranken durch eine sorgfältig abgestimmte Organisation von Beschäftigung, nutzbringender Arbeit, die sich immer mehr an der Arbeitswelt des heutigen Menschen orientierte.

Diese in Gruppen durchgeführte Arbeits-Therapie brachte nicht nur anstaltsinterne Erfolge, sondern vermochte Patienten weit mehr noch für die Wiederaufnahme eines Lebens außerhalb der Anstalt zu rehabilitieren. So konnte mit Hilfe dieser therapeutischen Maßnahmen ein Verlauf von schwersten, hoffnungslosen Fällen bei chronischen Schizophrenien (auch gefährliche Endzustände) in vielen Anstalten, die die Simon'sche Methode anwandten, verhindert werden, wohingegen diese sonst mit der Psychochirurgie "behandelt" worden wären (BLEULER 1960, 47).

Durch diese rehabilitativ sinnvollen und möglichst leistungsgerecht bezahlten Tätigkeiten (vgl. Enquête-Bericht "Zur Lage der Psychiatrie" 1975, Kap. A 1. S. 61) konnte der Verbrauch der Medikamente reduziert und schwere Persönlichkeitsveränderungen auch bei daueruntergebrachten Patienten verhindert werden.

Das Simon'sche Verfahren war jedoch nur eine Technik unter verschiedenen anderen, die allgemeinen therapeutischen Grundsätzen dienten. So wurde nach dem 2. Weltkrieg der Bereich der nutzbringenden Arbeit durch die sogenannte Beschäftigungstherapie ergänzt, die weniger vom Leistungsprinzip, als von Vorstellungen der Aktivierung künstlerischer Tätigkeiten beim Patienten getragen wurden, d.h. durch dessen musisches und schöpferisches Tun sein Selbstvertrauen, Eigeninitiative und Kontaktaufnahme (z.B. in der Gruppe) zu stimulieren. In der Musik- und Maltherapie, die hier auch dazu zählt, wurde der Prozeß der künstlerischen Produktion zum Selbstzweck.

Da diese aktivierenden Maßnahmen größtenteils (nicht zuletzt wegen Personalmangel) in kleineren und größeren Gruppen durchgeführt wurden, war damit - wenn die Integration in eine Gruppe gelang - auch ein kommunikatives Sozial- und Haltungstraining eingeleitet. Darüber hinaus können andere Lernprozesse durch die konkreten und wiederholten

Erfahrungen der Arbeits- und Gruppensituation gefördert werden.

Zur Reaktivierung von chronischen Patienten wurden ferner physikalische Therapie (Leichtathletik, Spiele, Schwimmen), heilpädagogische Maßnahmen und Sonderbetreuung in Krisenphasen eingesetzt.

Weitere Aktivierungsmaßnahmen i.S. einer konkret vorstellbaren Rehabilitation mit dem Blick nach draußen hatten vorab die Arbeit außerhalb der Klinikgrenzen (mit Nachtklinikstatus), Belastungsurlaube, Patientenreisen, zur therapeutischen Zielsetzung.

In anderen Gruppen, die als therapeutische Gruppe im weitesten Sinne gelten mag (z.B. Teegruppe) werden gesellige Gespräche geführt, die in freundschaftlicher Weise ein Miteinanderumgehen ermöglichen, auch wenn Gesprächsinhalte weitgehend unpersönlicher Art bleiben. Eine gemeinsame Aufgabenstellung im Rahmen einer Gruppenarbeit, die gelöst werden kann, ist vorteilhaft für das Miteinander-Tun und eine Quelle für emotionale Kontakte, wobei die Gruppe als Ganzes wirksame "Kontrollinstanz" ist und somit die Ich-Funktion des einzelnen Patienten tragen kann und dadurch auch zur Erlangung von realitätsgerechteren Werten verhilft (BENNEDETTI et al. 1969, 231).

Individuelle Formen der Psychotherapie, insbesondere für jüngere Schizophrene, gab es vereinzelt wohl schon lange, vermehrt jedoch, als Anfang der 50-er Jahre die Einführung der Psychopharmaka den therapeutischen Zugang zu manchem Patienten überhaupt erst ermöglichte. Die individuelle Therapie setzt jedoch ein hohes Maß an Güte, Geduld, Selbstlosigkeit und Verfügbarkeit beim Therapeuten voraus, der den Patienten in seiner Menschenwürde, seiner Persönlichkeit, seiner Sprache umfänglich anerkennen muß. Diese therapeutischen Qualitäten werden häufig Opfer der Anforderungen, die der Stationsalltag stellt.

Die Impulse, die durch sozialtherapeutische Verfahren initiiert und die in England schon während des 2. Weltkrieges entwickelt wurden, beeinflußten relativ spät erst die Versorgung psychisch Kranker in der BRD. Neben der Forderung der Aktivität und des Leistungsvermögens durch Arbeitstherapie, der künstlerischen Produktion der Beschäfti-

gungstherapie, steht im Vordergrund der sozialtherapeutischen Bemühungen das Erlernen von sozialen Rollen. Der Umgangsstil im Stationsalltag hat sich seitdem in vielen Kliniken wesentlich gewandelt. Sowohl Patienten wie Personal lernen ihre Gefühle und Bedürfnisse in einer offeneren Art anzusprechen. So ist im Pflegestab auch durch eine Reihe struktureller Veränderungen (in tendenziell sozialtherapeutisch ausgerichteten Kliniken) eine bessere Zusammenarbeit feststellbar.

Das Prinzip des Gewährenlassens (ohne Zwangsmaßnahmen) bei gleichzeitiger Förderung des einzelnen Patienten, das als Haltung atmosphärisch eine gesamte Klinik durchziehen und umgestalten kann, ist nicht zuletzt abhängig von der aktiven Hilfe des Personals, das die meiste Zeit mit dem Patienten verbringt. Hierbei ist die Bedeutung der offenen Besprechung notwendiger Maßnahmen (therapeutisches Vorgehen in der Personal- oder Teambesprechung) und der bestehenden Beziehungen untereinander (des Personals und der Patienten) vordringlichste Aufgabe. Die wöchentlich abgehaltenen Stationsbesprechungen können Klagen und Beschwerden der Patienten, neue Maßnahmen und Planungen hinsichtlich gemeinsamer Unternehmungen, Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung, auch Verständigungsprobleme untereinander, zum Inhalt haben.

Die Art der Kontaktaufnahme auf Station (sei es, den anderen an sich heranzulassen, sei es, auf andere zugehen zu können, sei es, Mitsorge für einen anderen zu tragen), insbesondere auch die Qualität und Häufigkeit der Kontakte nach draußen, macht einmal Aussagen über die rehabilitativen Chancen des einzelnen Patienten, zum anderen ist sie bei den Rehabilitationsbemühungen mitbestimmend. Daß Außenkontakte gepflegt oder so gut wie möglich erhalten bleiben, wurde als immer wichtiger erachtet, damit der Patient nicht von seinem normalen sozialen Bezugsfeld isoliert und seine Motivation zu einer Perspektive nach draußen gefördert wurde. Hier galt es den iatrogenen Faktor des "Institutionalismus" zu entschärfen, wodurch kustodiale Versorgung und bürokratische Organisation (neben dem verwahrten spricht man auch vom verwalteten Patienten) ein hohes Maß an Invalidität herbeigeführt wird, wenn dieser Entwicklung z.B. nicht durch eine Außenkontakt-Pflege entgegengewirkt wird.

Neben familialen Kontakten ergaben sich auch außerhalb der kleineren Klinikeinheit Ansätze zur gemeindenahen Psychiatrie durch Kontakte zu der lebendigen Kirchengemeinde, Kontakte in geschützten Werkstätten und Kontakte, die auf den therapeutischen Reisen am Urlaubsort gemacht wurden.

Eine Arbeitshypothese soll nun die Wirksamkeit nicht-medikamentöser Behandlungsformen, die ja auch, da sie der Mithilfe der Patienten bedarf, ein Mindestmaß an Intelligenz voraussetzt, bei diesen chronischen Patienten überprüfen:

Die Rehabilitationsbemühungen sind infolge der geistigen Behinderung oder des geistigen Abbaus und der Länge der Verweildauer der meisten chronisch-psychiatrischen Patienten eher mäßig erfolgreich.

Zur Unterstützung dieser These werden Ergebnisse aus der Schizophrenieforschung (BENEDETTI et al. 1969, 236) referiert:

Es wurde zwar auch nach jahrelangem Klinikaufenthalt kein signifikanter Intelligenzabbau - wie früher geglaubt wurde - bei schizophren Erkrankten festgestellt; so waren auch die IQ-Ergebnisse verschiedener Verlaufsstadien nicht eindeutig. Es stellte sich jedoch heraus, daß bei chronisch Kranken, im Vergleich zu frisch Erkrankten, die Lernfähigkeit bei Aufgaben, die einen Leistungsübungszuwachs ermöglichten, geringer war; unter intensiver Anforderung wurde eine gewisse Lernfähigkeit bei chronischen Patienten, die aber über eine eingeschränkte Aufgabenstellung nicht hinausging, beobachtet. Offenbar sind Lernleistungen von schizophrenen Patienten äußerst variabel und haben wohl weniger mit der Schwere des Krankheitsbildes als mit der Qualität der prämorbiden Anpassung zu tun.

Wie erfolgreich oder nicht diese im umfassenderen Sinne sozio-psychorehabilitativen Bemühungen insgesamt im Ergebnis während der stationären Behandlung in der kleineren Klinikeinheit[1)] für die Patienten der diagnostischen Subgruppen war, ist in der folgenden Tabelle ablesbar.

---

1) Die rehabilitativen Maßnahmen der Großklinik oder anderer klinischer Einrichtungen waren wenig und deren Wirksamkeit so gut wie gar nicht bekannt.

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Physikal. Therapie		Heilpäd. u.Sozialtraining Sonderbetreuung		Gruppen: Tee-, Sucht-, Werk, Psychodrama usw.		Stat.ausfl. Beschäft.-Arbeits-, Musik-, Maltherapien		Rehab. Maßnahm. Arbeit, Belast Url., Reisen		individuelle Psychotherapie		Einzelgespräche: Arzt	Psycholog	analytische Therapie (auch Gruppe)		Kontakt zu and. Patienten		Kontakt zu Familie		Andere Außenkontakte	
		+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–
2	präsenile oder senile Demenz																	2		1			
6	andere organisch psychiatr. Erkrankng.							2	1	3				3			1	2	1	3	1		
1	Persönlichkeitsstörung							1		1				1		1							
13	Oligophrenie	2		2		5		10	2	6	1			8	1			7	2	6	5	2	
12	Alkoholismus					1	1	6	5	3				7	2			3	4	8	3	1	
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.							6	2	5				6	2			2	1	8	1	1	
34	Schizophrenien	3	3			3	4	21	10	18	4	2		17	7	3	1	12	13	17	6	4	
1	nicht klassifizierbar							1		1									1			1	
	Insgesamt	5	3	2		9	5	47	20	37	5	2		42	12	4	2	28	22	43	16	9	
80	% (befried. Ergebnisse)	6%		3%		11%		59%		46%		3%		53%		5%		35%		54%		11%	
	% (nicht befried. Ergeb.)		4%				6%		25%		6%				15%		3%		28%		20%		

Tabelle 41 Therapieversuche während psychiatr. Klinikaufenthalte: Wirksamkeit nicht-medikamentöser Behandlungsmethoden (befriedigend = +; nicht befriedigend = -); Patientenkontakte. Absolutzahlen und Gesamtprozent.

Anhand der Tabellenergebnisse sollen stationäre Behandlungsformen und extramurale rehabilitative Maßnahmen dieser Kohorte und der Therapie am anderen Ort in Form von Reisen in den folgenden zwei Kapiteln eingehender betrachtet werden, wobei die dazugehörige Tabelle aus Übersichtsgründen schon jetzt vorliegt.

10.2.1 Stationäre Behandlungsformen und extramurale rehabilitative Maßnahmen

Im allgemeinen geht man davon aus, daß zu den primären Krankheitssymptomen sekundäre psycho-soziale Behinderungen durch die iatrogene Wirkung des Institutionalismus hinzukommen. Rehabilitationsbemühungen von chronisch-psychiatrisch Kranken zielen in erster Linie nicht auf die primären Symptome ab (diese sind ja chronifiziert), sondern auf die eher krankheitsunspezifischen Behinderungen. Eine vorstellbare,

soziale Remission, zumindest eine Veränderung im sozialen Feld, z.B. eine Tätigkeitsaufnahme, wenn möglich eine Entlassung aus dem klinischen Regressionsmilieu sind dabei rehabilitative Zielsetzung.

Zwar wird ein Ersterkrankter durch Pharmakotherapie häufig "zugemacht", d.h. ihm wird der Zugang verbaut, seine psychische Erkrankung mit Hilfe eines Psychose-Therapeuten als Lebenskrise zu verstehen (BACH 1980, 8). Aber die Psychopharmaka haben in den 1 1/2 Jahrzehnten vor der Verlegungsaktion 1969 es ermöglicht, die psycho-sozial Ausgegliederten, wie es in jedem Fall chronisch Kranke sind, wieder sozialabel zu machen; dies insbesondere dadurch, daß sie störende Erregungszustände dämpfen, starke Ängste und Spannungen vermindern, den autistischen Bezug und die Isolierung des Patienten verhindern; so

"wird der Kranke nicht nur erträglicher für seine Umwelt, er vermag auch selbst einen wesentlichen Teil seiner Ich-Funktion wieder aufzurichten. Das bedeutet, daß er auch wieder in der Lage ist, wenigstens die konfliktärmeren kommunikativen Bedürfnisse zu befriedigen." (HÄFNER und v. ZERSSEN 1964, 245)

Die subjektive Erleichterung, die der Patient spürt, hängt auch mit der Besserung der zwischenmenschlichen Beziehungen zusammen und ermöglicht dem Patienten so einen Wiederaufbau von sozialen Rollen, wie sie zunächst in der Gemeinsamkeit von Gruppen erfahren werden kann.

Damit gerade chronisch-psychiatrische Patienten, wenn sie nach draußen gehen, nicht als fremd, andersartig, verwahrlost, furchteinflößend auffallen und deshalb abgelehnt werden, ja teilweise wie Aussätzige behandelt werden, ist es notwendig, daß sie sich gewissen Forderungen äußerlichen Unauffälligseins, dem Verhaltensstandard der außerklinischen Welt anpassen. Auf der Station kann grundsätzlich manch aggressives oder unangemessenes Verhalten, Verschrobenheit oder Verwahrlosung geduldet werden. Damit Patienten jedoch nicht gleich bei der ersten Begegnung mit der äußeren Realität scheitern, muß die soziale Realität der Stationsgemeinschaft Modell und erstes Maß sein und Möglichkeiten schaffen, soziale Rollen wieder einzuüben. Dazu gehört ein Bewußtsein für die eigene persönliche Wirkung in der Konfrontation mit den anderen.

Wegen der intentionalen Störung muß man an kleinste Details denken:

Es mußte also zunächst Wert gelegt werden auf persönliche Pflege (Mundpflege!), Benutzen von Toilettengegenständen (Seife, Rasierzeug, Deodorant, Shampoo), Kleiderpflege. Im Umgang mit diesen Fertigkeiten zur Körperpflege wird die eigene Person - zum ersten Mal seit langer Zeit vielleicht - als wichtig genug erfahren, so daß man sich um sie kümmert, um sie ansprech- und annehmbar, d.h. wieder soziabel zu machen. Dabei sträubt sich so mancher, will nichts tun, um weiterhin vom Personal regressiv versorgt zu werden.

Diese täglichen persönlichen Verrichtungen wurden im Rahmen der Beschäftigungstherapie, die neben künstlerischen Produktionen, die durch den Herstellungsvorgang eine Selbstbestätigung vermitteln, zu zweit, in Gruppen, eingeübt, wobei das Sich-Gegenseitig-Helfen gefördert wurde und verbindenden Charakter hatte. Zusammen zu kochen, zu nähen, in der Buchbinderei auszuhelfen oder in der Wäscherei zu arbeiten, waren auf Station, im Klinikgebäude oder auf dem weiteren Klinikgelände möglich.

Arbeitstherapeutische Maßnahmen waren in der Gärtnerei und in der Gartenkolonie durchgeführt.

Maltherapie wurde vereinzelt (4 Patienten) angeboten. Musiktherapie war während des gesamten 10-jährigen Verlaufes wichtiges Behandlungsinstrument, wobei die Patienten teilweise Einzelbehandlungen erhielten, vorzugsweise jedoch in der Gruppe (insgesamt 9 Patienten).

Regelmäßige monatliche Ausflüge wurden ebenso erst in den letzten 3 Jahren durchgeführt. Gerade bei den Stationsausflügen in die nähere oder weitere Umgebung (mit Schiffahrten auf Berliner Gewässern) handelte es sich zwar um eine von der Station ausgehende Aktivität, an der teilweise auch das Personal teilnahm, aber - es ging auch hier schon um Maßnahmen mit eindeutigem Blick nach draußen, wo auch jeder Patient angehalten wurde, mitzumachen. So nahmen auch die meisten der noch auf Station verbliebenen Patienten der Kohorte (außer 3 Patienten) selbst im Rollstuhl daran teil.

Insgesamt waren allerdings diese rehabilitativen Bemühungen (Beschaftigungstherapie, Arbeitstherapie usw.) nur bedingt erfolgreich (Tabelle 41: Wirksamkeit nicht-medikamentöser Behandlungsmethoden des vorangegangenen Kap.). Von 67 Patienten, denen Angebote dieser Art gemacht wurden, konnten 47 Patienten (79 %) die darin enthaltenen Möglichkeiten realisieren. Bei 20 Patienten (25 %) war das rehabilitative Ergebnis als unbefriedigend zu bezeichnen, teilweise, weil sich die Patienten diesen Bemühungen zu entziehen wußten, sich in ihre Krankheit flüchteten oder ihre Invalidität vorschoben.

Auffällig war die große Anzahl von Oligophrenen (10 von 13), die sich diese Therapieangebote nutzbar machen konnten. Aber auch die Hälfte der Alkoholerkrankten (6 von 12) zeigten befriedigende "Behandlungsergebnisse". Bei den 5 Patienten, bei denen wenig auszurichten war, handelte es sich im wesentlichen um abgebaute Korsakow-Patienten. Auch die Psychotiker konnten die stationäre Therapie zur Hälfte mit befriedigenden Ergebnissen nutzen, zwei Drittel der Schizophrenen ebenso.

Die physikalische Therapie, später 2mal wochentlich, Gymnastik, Spiele und Schwimmen in einer nahegelegenen Schwimmhalle, konnte von einer Vielzahl von chronischen Patienten, da in den ersten Jahren kein Angebot bestand, nicht wahrgenommen werden. In dieser Spalte der Tabelle 41: Wirksamkeit nicht-medikamentöser Behandlungsmethoden erscheint deshalb primär eine krankengymnastische Einzelbetreuung, um das Bild nicht zu verfälschen. Dabei wurden 5 Patienten (6 %) mit Erfolg behandelt, 3 Patienten (4 %) weniger erfolgreich.

Einzelunterricht im Rahmen einer sozialpädagogischen Sonderbetreuung erhielten 2 Oligophrene.

Patient (1412) erhielt 5mal eine 8-stündige Sonderbetreuung durch eine sozialpädagogische Praktikantin, die mit einem VT-Punkte-Konzept arbeitete, was sich sehr positiv auswirkte (zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte der Patient wieder in seiner Familie).

Daneben gab es innerhalb des 10-jährigen Verlaufes Sucht-, Werk- und Psychodramagruppen, an denen insgesamt 9 Patienten (11 %) befriedigend, 5 Patienten (6 %) nicht befriedigend teilnahmen.

Außerdem wurde 1978 eine Gruppe zur Vorbereitung der Übergangs-WG gegründet, die in der Tabelle jedoch nicht aufgeführt wurde. Sie betraf 3 Patienten aus der Kohorte, die arbeiteten und später in diese Einrichtung entlassen wurden.

Bei 2 schizophrenen Patienten verlief der Einsatz individueller Psychotherapie eher positiv.

Es handelte sich dabei um einen Patienten (1727), der neben der individuellen Psychotherapie (analytisch ausgerichtet ambulant außerhalb der Klinik) auch an einer Psychodramagruppe teilgenommen hatte. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befand sich der Patient in einem Rehabilitationsheim der Großklinik in der besten Wohngegend Berlins.

Patient (1723) war an einem verhaltenstherapeutischen Programm beteiligt, was ihm im Verlauf eine Entlassung in die Übergangs-WG ermöglichte.

Eine analytisch orientierte Therapie (Gruppe) wurde bei insgesamt 4 Patienten (5 %) als befriedigend, bei 2 Patienten (3 %) als nicht befriedigend im Ergebnis betrachtet.

Der schizophrene Patient (1724) konnte aus der analytischen Gruppe zunächst positiven Nutzen ziehen. Als er jedoch später für die Übergangs-WG vorgesehen wurde, zeigte die Vorbereitungsgruppe, daß er dabei überfordert wäre: Er entwickelte eine blühende psychotische Symptomatik. Der Patient verblieb stationär in der kleineren Klinikeinheit.

Ein anderer schizophrener Patient (1710), der wenig Kontakt zur Umgebung hatte, da er in selbstgenügsamer Phantasiewelt lebte, wurde durch die analytische Gruppe im Umgang insgesamt aufgeschlossener und anteilnehmender. Nach Beendigung der Gruppe (Ausscheiden des Therapeuten) versank er wieder in seine Größenideen, die ihm Ersatz boten für die mangelnde äußere Objektkonstanz.

Ein weiterer schizophrener Patient (1712), der auch an der 'Psychotikergruppe' kurzfristig teilgenommen hatte, wünschte sich mehr eine

Einzelbetreuung, wie er sie nach dem plötzlichen Tod seiner Eltern mit seiner Tante erlebt hatte, mit der er in einer sogenannten folie à deux "die Welt bereiste".

Die Angst vor der in der Gruppe konstellierten Nähe dokumentiert sich augenfällig an dem schizophrenen Patienten (1721), der sich persönlich völlig vernachlässigte. Seine analytische Gruppe deutete die "Geruchsbarriere", die er um sich aufstellte, als Abwehr von sozialen Kontakten. Der Patient befand sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese als Rückverlegung (eigener Wunsch) auf einer geschlossenen Chronikerstation in der Großklinik, verwahrlost und autistisch zurückgezogen.

Der Patient (1206) mit der Diagnose symptomatische Psychose, cerebrales Anfallsleiden, konnte sich in die analytische Gruppe nicht einfügen. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte er nach Entlassung ohne Wiederaufnahme in der Betreuung seiner Frau (Krankenschwester).

Der Patient (1301) mit Persönlichkeitsstörung konnte sich die analytische Gruppe insofern nutzbar machen, als sie seine Isoliertheit auf Station verbesserte. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte er außerhalb stationärer Einrichtungen in einem Kleinheim in freundlich-aufgeschlossenem Umgang mit den anderen Heiminsassen.

Im Endergebnis jedoch scheint der Einsatz einer mehr psychisch ausgerichteten Therapie (über welchen Zeitraum ist nicht bekannt) für chronisch-psychiatrisch Erkrankte nur sehr eingeschränkt wirksam: Befriedigende Ergebnisse waren kein Indiz für eine spätere soziale Remission, genausowenig wie ein nichtbefriedigender Verlauf der Teilnahme an einer Gruppentherapie prognostischen Aufschluß gab.

Neben den ersten Aufnahmegesprächen nach der Verlegung fanden Einzelgespräche mit Arzt und Psychologen, insbesondere mit dem Arzt, in vielfältiger Form statt. Sie dienten der Stutzung und Klärung der Konflikte, der Besprechung der geplanten therapeutischen Maßnahmen oder zur gemeinsamen Planung der Entlassung. Zunächst bestand ja keine psychologische Betreuung der beiden Chronikerstationen. Die ersten psychologischen Einzelgespräche wurden somit eher im Rahmen einer differential-diagnostischen und testpsychologischen Abklärung durch den Klinikpsychologen durchgeführt. Später standen diesen beiden Stationen 5 Diplom-Psychologen und 1 Diplom-Soziologe (primär im Arbeitsbeschaffungsprogramm tätig) zur Intensivierung der teilweise schon jah-

relang angelaufenen, aber wegen Knappheit des therapeutischen Personals häufig nie zu Ende geführten, rehabilitativen Programme zur Verfügung. Außerhalb der nicht gesondert erwähnten, zu anamnestisch-diagnostischen Zwecken dienenden Gesprächen wurden bei 54 Patienten Einzelgespräche mit Arzt und/oder Psychologen erwähnt. Bei 42 Patienten (53 %) schienen sie eine positive Wirkung zu haben, bei 12 Patienten (15 %) fruchteten sie weniger.

Der Kontakt zu Mitpatienten wurde bei 28 Patienten (35 %) als befriedigend, bei 22 Patienten (28 %) als unbefriedigend betrachtet. Wie zu erwarten war, betraf es gerade die Schizophrenen, die mit 13 Patienten als wenig fähig zur Kontaktaufnahme auffielen.

Immerhin wurden jedoch bei 12 anderen Schizophrenen der Patienten-Kontakt als befriedigend beschrieben.

Kontakte zur Familie bestanden bei insgesamt 50 Patienten, wobei Qualität und/oder Häufigkeit der Besuche bei 28 Patienten (35 %) eher befriedigend, bei 22 Patienten (28 %) eher unbefriedigend eingeschätzt wurden.

Andere Außenkontakte zeichneten sich durch eine besondere Armut aus. So wurden nur bei 9 Patienten (11 %) diese gesondert erwähnt, wobei es sicherlich auch Kontakte im Rahmen der Arbeit in geschützten Werkstätten gab. Der Besuch eines existierenden Patienten-Clubs konnte aus den Krankengeschichten nicht entnommen werden. Der wichtige Außenbereich kommt üblicherweise ohnehin zu kurz, insbesondere wenn eigene Freundschaften nicht mehr bestehen oder nie bestanden haben. Diesem Mangel muß in den Folgejahren Rechnung getragen werden.

Extramurale rehabilitative Maßnahmen betrafen einmal die Arbeit, die ja sogar als Therapieform betrachtet wird, wenn ihr jeweils ein individuelles Arbeitsförderungsprogramm zugrunde liegt. Durch lange Klinik- und Heimaufenthalte kommen - wie oben beschrieben - zu den primären Störungen und Behinderungen noch sekundäre psychosoziale Behinderungen hinzu, d.h. langjährige Patienten verfügen häufig nur über

eine eingeschränkte oder inadaquate Handlungsfähigkeit und geringe Konfliktverarbeitungsstrategien. Arbeitsfertigkeiten oder/und sozial-kommunikatives Verhalten bedingen sich wechselseitig. Zur Entwicklung und Stabilisierung dieser teilweise nie trainierten Fähigkeiten bedarf es positiver Verstärker, die durch das fördernde Klima gemeinsamer Gruppenaktivitäten noch ergänzt werden. Auf diese Lernmöglichkeiten wurde in den geschützten Werkstätten geachtet, wobei 1977 eine weitere Einrichtung dieser Art eröffnet wurde.

Ab diesem Zeitpunkt konnten neben 3 anderen Patienten, die schon in geschützten Werkstätten arbeiteten, noch 5 weitere Patienten arbeitstherapeutisch in ein derartiges Beschäftigungsprogramm eingegliedert werden. 3 dieser Patienten (2 Patienten mit Entwicklungsrückstand, 1 Schizophrener) konnten 1978/79 nach dieser Förderung bzw. einer Weiterförderung durch die Aufnahme einer Tätigkeit an anderer Stelle (Gartenbau; Gärtnerei; Klinikarchiv) in die neu eröffnete Übergangs-WG entlassen werden. Wichtigste Voraussetzung dafür war es, einer strukturierten Tätigkeit nachzugehen.

Der oligophrene Patient (1410) hatte in seinem damals 35-jährigen Leben noch nie gearbeitet, weil er 25 Jahre lang schon in psychiatrischer Verwahrung lebte!

Extramural haben jedoch noch 4 weitere Patienten gearbeitet, und zwar in einer Gärtnerei, im Gartenbau, in einer Gebrauchtwagenfirma, in einem Restaurant.

Die schizophrene Patientin (1732), die ursprünglich in der Wäscherei (auf dem weiteren Klinikgelände), später in einem Restaurant (Nachtklinikstatus) arbeitete, befand sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese in eigener Wohnung, jedoch ohne Arbeit (inzwischen 59-jährig) von Rente und Sozialunterstützung lebend. Außer der Patientengruppe eines sozial-engagierten Berufspflegers besaß sie keine Außenkontakte (Familie lebt in DDR), zeigte sich aber freundlich und aufgeschlossen.

In Familienpflege befanden sich 2 Patienten, 1 Patient mit geistigem Entwicklungsrückstand (1411) und 1 schizophrener Patient (1727), beide außerhalb stationärer Einrichtungen lebend zum Zeitpunkt der Spätkatamnese.

Die Belastungsurlaube tagsüber und/oder über Nacht nach Hause zur Familie oder in die eigene Wohnung, zu Stadtbummeln, Einkäufen oder wichtigen Erledigungen sind für die extramurale Blickrichtung eine wichtige Ergänzung. Einmal bewahren sie den Kontakt zum ursprünglichen Bezugsfeld und erhalten dem Patienten den Mut und die Fähigkeit, sich der außerklinischen Welt zu stellen und sich nicht auf regressive Positionen zurückzuziehen.

Ziel psychiatrischer Behandlung ist u.a.

"die Konflikte und Schwierigkeiten eines Menschen nicht nur durch Herausnahme aus seinem Milieu vorübergehend zu reduzieren, sondern sie zum Gegenstand therapeutischer und mitunter auch sozialer Maßnahmen zu machen, sobald der Kranke wieder fähig ist, die Belastungssituation ganz oder teilweise zu ertragen." (HÄFNER 1967, 194)

Insofern sollen Belastungsurlaube zeigen, inwieweit der Patient (wieder) die Fähigkeit besitzt, Schwierigkeiten in seiner sozialen Umgebung zu bewältigen. Immerhin konnten so fast die Hälfte der Patienten, nämlich 39, wiederholt die Klinikgrenzen zur eigenen Gestaltung verlassen. Bei 34 Patienten war diese Maßnahme positiv wirksam, bei 4 schizophrenen Patienten war sie weniger erfolgreich (Erregung; Alkohol; Überforderung etc.).

Eine Auflistung der gewährten Belastungsurlaube zeigt für die unterschiedlichen Diagnosen folgende Verteilung:

22 Schizophrene (von 34),
5 Psychotiker (von 13),
5 Oligophrene (von 6),
2 Alkoholiker (von 12),
1 Patient nicht klassifizierbar.

Wenn man den prozentualen Erfolg (46 % vs. 6 % Mißerfolge) der extramuralen Rehabilitationsbemühungen betrachtet, erscheint es bedauerlich, daß nur die Hälfte der Patienten diese Möglichkeiten angeboten bekamen oder sie wahrnehmen konnten.

Die Arbeitshypothese bezüglich des vermuteten bedingten Erfolges von rehabilitativen Maßnahmen bei chronisch-psychiatrischen Patienten läßt sich nur für die Hälfte der Patienten bestätigen. Überraschend positiv war hier das Ergebnis bei den jüngeren Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand, aber auch bei den Schizophrenen, darunter 25 jüngere Männer, bei denen sich der Einsatz der unterschiedlichen rehabilitativen Bemühungen sehr wohl lohnte, da sie die Chance dieser Angebote eher ergriffen und davon profitierten.

Die Frage, die sich hier anschließt, betrifft die Überlegung, ob mit einer fortgeführten oder früheren (bezüglich des 10-jährigen Verlaufes) intensiveren Betreuung (wie sie im Rahmen des Arbeitsbeschaffungsprogrammes für 1 1/2 Jahre in der Klinik gegeben war und auf den therapeutischen Reisen praktiziert wurden) oder vermehrter Förderungsprogramme, z.B. durch die Einrichtung zusätzlicher Behindertenwerkstätten, noch eine Reihe anderer Patienten dieser Kohorte eine Entwicklungsmöglichkeit gehabt hätten, wie sie sich z.B. auf den drei therapeutischen Reisen andeuteten. Durch diese in den letzten 3 Jahren des beobachteten Verlaufes unternommenen Reisen eröffnete sich für viele Patienten zum ersten Mal eine Zukunftsperspektive. Den therapeutischen Reisen soll deshalb ein eigenes Kapitel gewidmet werden.

10.2.2 Patientenreisen als Therapie am anderen Ort

Ferienaufenthalte mit chronisch psychiatrisch Kranken haben inzwischen schon Tradition. Seit Anfang der 60-er Jahre wurden im Rahmen von Neuerungen in Organisation und Struktur psychiatrischer Spitäler in der Schweiz (MÜLLER 1963; PETERSEN und BACHMANN 1969), aber auch in USA (ACUFF 1961) Ferienlager mit erwachsenen chronisch Kranken der Psychiatrie durchgeführt.

Im darauffolgenden Jahrzehnt stand bei Rehabilitationsüberlegungen, insbesondere von Chronikern, das Hospitalismussyndrom zentral im Vordergrund, was zu vermehrter Außenaktivität, so auch zu Ferienaufenthalten führte. Ab da werden eine Vielzahl therapeutischer Urlaubs- und Reiseerfahrungen mit unterschiedlichsten Zusammensetzungen, Organi-

sationsformen und Zielsetzungen beschrieben, die BOLK-WEISCHEDEL[1] im Zusammenhang mit eigenen Erfahrungen therapeutischen Reisens, auch mit 13 Patienten dieser Kohorte übersichtlich darstellt (BOLK-WEISCHEDEL 1980, 749 ff.).

Die überwiegende Mehrzahl dieser Ferienaufenthalte wurde mit Patienten hoher Verweilzeiträume, bei denen gerade der Umgebungswechsel und der Außenkontakt als bedeutsam erschien, gestaltet.

Ohne Unterschied berichten alle Autoren von der außerordentlich günstigen Wirkung, die das therapeutische Reisen bei diesen langjährigen Patienten hatte. So wurde z.B. auf die Aktivierung für die baldige Entlassung oder eine Besserung der Kontaktfähigkeit oder des mitmenschlichen Umgangs der "social interaction" (TUTTLE et al. 1975, 77) Wert gelegt. Darüber hinaus war im Ergebnis eine Tendenz rehabilitativer Stationsänderung zum Hospitalismusabbau feststellbar, so daß insgesamt die Patientenreisen als wichtiges therapeutisches Instrumentarium begriffen wurde (BOLK-WEISCHEDEL 1980, 750).

Das Phänomen des Hospitalismus und seine Folgen auf die Persönlichkeit des Patienten gehört für jeden psychiatrischen Betreuer zu den wichtigsten Problemen. In der stationären Versorgung entwickelt sich trotz teilweiser Anregungen und therapeutischem Einsatz eine zunehmende Apathie bei den Patienten mit Gestimmtheit zur Resignation und Hoffnungslosigkeit, da infolge des vorhandenen einengenden institutionellen Rahmens mit einer entsprechenden Stationsorganisation Aktivierungsversuche nur einen begrenzten Umfang aufweisen können. Am Gesichtsausdruck, im vorsichtigen Gang und in der umständlichen Art des Denkens lassen sich die Folgen des klinischen Aufenthalts und das Ausmaß des Leidens erkennen.

Die Zielvorstellung dieser Therapie am anderen Ort bestand darin, diesen Hospitalisierungsschäden entgegenzuwirken, indem Anreize außerhalb des Stationsalltags durch die anregende neue Umgebung, die Anforderungen im Rahmen der Selbstversorgung der Kleingruppen und das Gemeinschaftserleben in Klein- und Großgruppen gesetzt wurden.

---

1) Ihre Ausführungen dienen - neben den persönlichen Eindrücken der Verf. - als Grundlage dieses Kapitels.

Etwa 4 Jahre nach Eröffnung der kleineren Klinikeinheit wurden zwischen 1973 bis 1976 fünf Reisen für einzelne Patientengruppen der ganzen Abteilung durchgeführt. Diese Reisen hatten eher Urlaubscharakter, auch insofern, als Erkenntnisse der Veränderbarkeit und Auflockerung der Patienten - zurück im Klinikbereich - untergingen.

Ab 1977 wurden die Patientenreisen in Verbindung mit der Reorganisation der Chroniker-Männerstation (von der Verwahrung zur Langzeitrehabilitation) und dank dem Engagement einer sich besonders für diesen Bereich einsetzenden Ärztin primär von den Chronikern bestritten und waren als Ergänzung zur systematischen Aktivierung der teilweise schwer hospitalisierungsgeschädigten Patienten gedacht. Außerdem sollte das veränderte Erleben des Patienten bezüglich seiner Umstellungsfähigkeit und das primäre Wahrnehmen von dessen gesunden Anteilen durch das Team eine prognostische Neueinschätzung ermöglichen, die sich auf den Behandlungsplan auswirken sollte.

Zwischen 1977 bis 1979 fanden mit unterschiedlicher Patientenanzahl und Betreuerdichte, aber unter der Leitung der gleichen Ärztin drei Reisen statt:

- 1977 5 Tage mit 20 chronischen männlichen Patienten; 8 Patienten aus Kohorte; 6 Betreuer.
- 1978 10 Tage mit 46 chronischen Patienten (20 Frauen, 26 Männer), davon 11 männliche Patienten aus Kohorte; 11 Betreuer.
- 1979 10 Tage mit 49 chronischen Patienten (21 Frauen, 28 Männer), davon 11 männliche Patienten aus Kohorte; 17 Betreuer.[1)]

Von den in der Klinik verbliebenen Patienten der Kohorte waren ja 15 ansprechbar. 8 dieser 15 männlichen Patienten kamen mit auf die Patientenreise. 3 weitere Patienten wurden u.a. als Ergebnis der therapeutischen Reisen 1977/78 auf eine Übergangswohngemeinschaft vorbereitet, in die sie 1978/79 entlassen werden konnten. Sie nahmen weiterhin

---

1) Die Ref. nahm 1978 und 1979 an den Patientenreisen als eine der Betreuerinnen teil.

auch an der Reise 1979 teil, so daß insgesamt von der Kohorte 11 männliche Patienten (Oligophrene und Schizophrene, d.h. 61 % der noch lebenden und ansprechbaren Patienten) dabei waren.

Auch hier erwies sich, daß die Mehrzahl dieser beiden Diagnosengruppen das therapeutische Angebot realisieren konnten. Alle der ansprechbaren Patienten wurden zur Reise eingeladen. Es blieben zurück ein schwer zwanghafter Oligophrener (1403) und ein ängstlicher Schizophrener (1712) und ein ängstlicher Organiker (1205). Bei zwei abgebauten Patienten mit Korsakow-Syndrom (1506 und 1505), die auch nicht mitreisten, wäre dieses Rehabilitationsangebot kaum sinnvoll und daher wirtschaftlich nicht vertretbar gewesen, zumal klar war, daß Patient (1506), der die "Stationstür bewacht", diesen "Auftrag" um nichts aufgeben würde. Letztlich reisten mit: 5 der 6 verbliebenen Oligophrenen und 7 bzw. 8 der 9 schizophrenen Männer (2 über 80-jährige psychotische Frauen waren wegen Gebrechlichkeit zu Reiseunternehmen nicht mehr zu gewinnen).

Die Organisierung der Reise fand in dem Hilfsverein der Abteilung "Die Brücke" (Verein für Wiedereingliederung und Hilfe für psychisch Kranke e.V.) eine erhebliche Stütze, da dieser u.a. einen großen Anteil der Reisekosten übernehmen konnte, die das Städt. Krankenhaus, dessen örtlicher Bereich die kleinere Klinikeinheit bildete, bislang nicht übernehmen wollte, obwohl in Berlin diese "Therapie am anderen Ort" (Patienten werden weder entlassen noch beurlaubt) dem klinischen Zuständigkeitsbereich unterstellt ist. Die Bezüge der Betreuer wurden fortbezahlt und deren Reisekosten bewilligt. Allerdings wurden die Reisekosten insofern gesenkt, als das Krankenhaus Medikamente, Lebensmittel und Wäsche zur Verfügung stellte.

Die Patientenreisen gingen jeweils mit Bus zweimal in den Ferienpark Hage-Berum, Ostfriesland, und einmal auf die Insel Baltrum, wo Ferienwohnungen für die Kleingruppen gemietet worden waren.

Das Team der Reise[1] 1979 setzte sich aus

1) Siehe auch detaillierte Angaben bei Bolk-Weischedel 1980, 750 f.

6 Pflegekräften
2 Stationshilfen
1 Musiktherapeutin
2 Ärzten
5 Psychologen (im ABM-Programm des Berliner Senats an der Klinik tätig)
1 Soziologen
zusammen.

Die relativ hohe Betreuerzahl ermöglichte einmal die Bildung mehrerer Kleingruppen, die familienähnlichen Charakter hatten, zum anderen sollte vielen auf Station Tätigen, vorzugsweise den eher versorgenden Berufsgruppen, die durch das Reisen ausgelöste erhöhte Eigenaktivität der Patienten persönlich erfahrbar gemacht werden. Wichtig war, daß jeder Betreuer von seinen persönlichen, spezifischen Möglichkeiten her fähig war, eine Gruppe zu übernehmen.

Die Planungsphase der Reise zog sich über 4 Monate hin, in denen in den Teambesprechungen der Betreuenden Probleme und auf den Stationsbesprechungen mit den Patienten Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen zur Sprache kamen. Oft waren [illegible] Überredungskünste notwendig, um während der Vorgespräche eine vorhandene, ablehnende Haltung - aus Ängstlichkeit gespeist - zu überwinden. Es mußten Kleideranträge gestellt und Personalausweise (langjährige Patienten sind häufig ohne jegliche bürgerliche Identität!) beantragt, tägliche Bedarfsgegenstände besorgt werden. Neben den üblichen Ängsten stellte sich aber schon bei den Vorbereitungseinkäufen für die Reise ein erhöhtes Niveau von Interesse und Anteilnahme her. Die Patientenwünsche flossen in die Gruppenzusammensetzung mit ein, Speisepläne wurden gemeinsam entworfen, die Ausgangspunkt bei der Lebensmittelbestellung waren. Mit Pflegern und Angehörigen, die zur Vorbesprechung eingeladen wurden, wurden die restlichen Ängste relativiert.

Während der Reise dann, den Ausflügen am Ferienort, entfalteten viele Patienten besondere Fähigkeiten, ihren Gefühlen der Freude Ausdruck zu verleihen. So begleiteten Patienten - auf Station sehr unzugänglich und wenig kommunikativ - die jeweiligen Ausflüge auf Schiff oder im Bus mit aufmunternden, schmetternden Wanderliedern.

Der schizophrene Patient (1724) entwickelte eine lausbübische Freude, als er erzählte, daß sie den Betreuern nachts einen 3-Pfund-Braten, der für den nächsten Tag zubereitet worden war, weggeschmaust hätten.

Am Ferienort selbst war das Leben geprägt durch die Kleingruppe, andererseits kam es fast täglich zu Unternehmungen der Gesamtgruppe, wie gemeinsames Schwimmen, Spaziergänge, Spiele und Singen vor Ort, Ausflüge zu nahegelegenen Nordseeinseln oder anderen reizvollen Zielen.

Freundlich ausgestattete Ferienhäuser beherbergten 3 - 6 Patienten mit je einem Betreuer. Die Aufteilung in diesen Kleingruppen führte bald zu einem familienähnlichen Charakter. So ermöglichte die Selbstversorgung in den Kleingruppen dem einen oder anderen Patienten, eine wichtige Position einzunehmen. Es gab z.B. "Minister der Küchenaufräumungsaktion" bzw. des Kochens. Teilweise wurden somit die Betreuer durch die Mitglieder der ihnen anvertrauten Gruppe bekocht und regelrecht verwöhnt. Daraus ergab sich im Einzelfall sogar ein Rollentausch von Helfern und Hilfesuchenden. Das führte bei Patienten wiederum dazu, sich sozial identischer zu fühlen, den Status des Patienten abzulegen und sich als normal funktionierenden Mitmenschen zu empfinden, der durchaus fähig ist, soziale Rollen zu übernehmen und mitzutragen. Es ergab sich manche Gelegenheit, sich mit Kochkünsten hervorzutun, z.B. mit relativ wenig Gewürzen eine einfache, schmackhafte Mahlzeit zu bereiten. So versuchte jeder mehr oder weniger, seine besonderen Fähigkeiten auch im Funktionieren der Gruppe herauszustellen.

Es war ein überraschendes Erlebnis zu sehen, wie sich Patienten, je mehr sie sich in einer normalen Umgebung mit normalen Anforderungen täglicher Verrichtungen erleben und erfahren konnten, um so weniger hilflos und regressiv verhielten. Es war richtig spürbar, daß sie die Wiederherstellung ihrer Identität als Mensch unmittelbar erfuhren.

Bei einem Nachlassen des Kontrolldruckes von seiten der Betreuer vermochte ein Teil der Patienten die eigene Zeit und Aktivität selbst zu strukturieren - teilweise sogar im Widerspruch zu den Vorschlägen der Betreuer - und somit eine eigene Terminplanung für Kochen, Essen, Aus-

gehen und Abwaschen durchzuführen. Man ging allein spazieren oder machte kleine Einkäufe (Taschengeld: DM 60,-- pro Patient) oder nahm Kontakte in der Umgebung auf.

2 Oligophrene (1405 und 1410) lernten sich zurechtzufinden, indem sie mit dem Fahrrad in den benachbarten Ort fuhren.

Diese selten erlebte größere Intimität in der Kleingruppe, analog zum Erleben in der Familie, läßt den Patienten mehr aus sich herausgehen und aktiviert Erinnerungen der weiter zurückliegenden Vergangenheit. So kamen insbesondere in der Tischrunde neben genetischen Einfällen auch alte Konflikte des "Futterneides" und des Rivalisierens hoch, z.B. bezogen auf die Essensverteilung unter den Geschwistern.

Andererseits war auch feststellbar, daß diese starke Intimität zu einer größeren Aufgeschlossenheit für die Bedürfnisse anderer führte. Die Bereitschaft, Anteil an der Privatheit anderer zu nehmen, erhöhte auch die Bereitschaft zu verzichten; dies geschah z.B. dann, wenn ein Patient das weiche Bett in einer Schlafnische abtrat im Austausch für eine umbequemere Liege im Wohnraum mit Publikumsverkehr.

Zu der neuen Basis des Vertrauterwerdens führte auch die größere Nähe zu den Betreuern, die immerhin als so erstrebenswert betrachtet wurde, daß sich Patienten auch für die Zeit nach der Reise eine dichtere Betreuung in kleineren Gruppen wünschten: "So daß ein bißchen mehr Zeit für uns abfällt und uns nicht der alte Stationstrott überrollt."

Das intensive Erlebnis der Kleingruppe führte zu einer Kleingruppenidentität, die sich z.B. amüsant bei der Verteilung der Lebensmittel im Vorgarten eines der Ferienhäuser äußerte: Betreuer bzw. beauftragte Patienten kämpften wie Mutter Courage um die Nahrungsmittel in großer Sorge, die "eigene Familie" könne zu kurz kommen.

Bei den Ausflügen und den anderen Unternehmungen der Gesamtgruppe wurde darauf geachtet, daß niemand "zu Hause" blieb. Obwohl sich am Ausflugsziel häufig Untergruppen mit anderer Zusammensetzung als in der Kleingruppe ergaben (z.B. harrten die weniger Aktiven in den

Strandkörben auf die Rückkehr der Wanderlustigen), hatten insbesondere diese Unternehmungen für alle verbindenden Charakter, woran man sich später gern erinnerte.

So fand auch das übergreifende Gemeinschaftserleben in der Gesamtgruppe einmal seinen Ausdruck in einer Hilfsbereiteschaft den Schwächeren aus den anderen Gruppen gegenüber, zum anderen in den gegenseitigen Einladungen. Hier fand das größere Zusammensein in einem zeitlich überschaubaren Rahmen statt und konnte deshalb auch eher als Geselligkeit wahrgenommen werden, anders als auf der Station der Klinik, wo die Zusammensetzung der Patienten von diesen eher als ein zufälliges Zusammengewürfeltsein oder gar als Zwangsgemeinschaft empfunden wird.

So sehr sich bei den meisten Patienten eine größere Selbstsicherheit, auch durch das Aufblühen verloren geglaubter Fähigkeiten und Fertigkeiten in häuslichen Belangen ergab, so sehr mußten Fehleinschätzungen mancher Patienten revidiert werden.

Die Korrektur von Fehlerwartungen und auch andere Tageserfahrungen mit "den eigenen Schützlingen" wurde abends in den unstrukturierten Teambesprechungen in der entspannten Atmosphäre der Gaststätte ausgetauscht. Neben dem Planen neuer Vorhaben wurden auch Unsicherheit und Unzufriedenheit thematisiert. Was sich jedoch im Laufe der Reise bald positiv darstellte und als solches erlebt wurde, war die hinzugewonnene Kompetenz des Betreuerteams z.B. gegenüber einem früher stumpfen, jungen Oligophrenen aus der Kohorte (1405), der plötzlich distanzlos-zärtlich-zudringlich wurde. Durch gemeinsames Besprechen und Bemühen aller Betreuer um ein ausgewogenes Verhältnis von Distanz und Zuwendung konnte dessen Verhalten bald vorteilhaft verändert werden.

Zu Schwierigkeiten mit den Patienten kam es so gut wie überhaupt nicht: 2 Patienten, die sich verlaufen hatten, wurden wiedergefunden, ebenso wie der oligophrene Patient aus der Kohorte (1402), der sich - getrieben von Sehnsucht nach der Großklinik - als blinder Passagier aufs Festland einschiffte. 1 schizophrener Patient aus der Kohorte 1724) wurde zwar im Zusammenhang mit der Reise unruhig, was aber kein Anlaß war, ihn auszuschließen. Ärztliche Hilfe wurde nur selten benötigt.

Der positive Einfluß der Reisen wirkte sich
- einmal auf die Patienten,
- zum anderen auf die therapeutische Einstellung der Betreuer,
- desweiteren auf Neuerungen im Stationsbetrieb
aus.

Die Reiseerfahrungen zeigen, daß dieselben Patienten, die sonst mehr oder weniger lethargisch und unbeteiligt den Klinikalltag über sich ergehen lassen, ohne weiteres in der Lage sind, mit erkennbarer Genußfähigkeit das ihnen Angebotene zu verwerten.

Nach den Vorgesprächen, bei den eigentlichen Reisevorbereitungen, orientierten sich die Patienten an einem konkreten Ziel außerhalb der Klinik, das sie aktivierte. Während der Reise selbst waren sie noch beweglicher, wobei sich Interessen und Anteilnahme von Reise zu Reise entwickelten. Die Kleingruppen am Ferienort waren mit ihren familienähnlichen Bezügen stete Aufforderung für sich selbst oder auch für den anderen etwas zu tun. Ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wuchs und bei Rückkehr hielt diese Freude an Beschäftigung zunächst an, so daß es im Verlaufe auch zu einigen Entlassungen kam.

Motivationsänderungen, die sich auf die therapeutische Einstellung auswirkten, ergaben sich, als Betreuer erlebten, wie ungeahnt umstellungsfähig und plötzlich zugänglich diese langjährigen Patienten waren. Die inneren Entwicklungsmöglichkeiten der Patienten zeigten sich dem Betreuer durch gefühlshaft verbindende Erlebnisse eher als auf Station, wo gesunde Persönlichkeitsanteile der Patienten wenig spürbar und deshalb häufig übersehen werden. Krankheit wurde irrelevant und nur Gesundheit war wichtig. Hierzu trug zweifellos auch die Unvoreingenommenheit der anderen Urlauber bzw. der Nordseekustenbewohner bei. In den Augen dieser Menschen, die nicht psychiatrisch ausgebildet und damit auch nicht professionell vorbelastet sind, wirkten die Patienten offensichtlich "normaler". Dies beeinflußte natürlich auch die Sichtweise der Betreuer, so daß deren Eindruck noch durch die von den anderen Urlaubern oder Ansässigen mitgeteilten Ein-

drücke modifiziert wurde.[1]

Der Landschaftseindruck, die erlebte Nähe und die Einbettung in die Kleingruppe ist einer Selbstbesinnung förderlich, die verstehbare Kindheitserinnerungen auftauchen läßt, die eventuell einer psychodynamischen Bearbeitung zugänglich werden, wobei diese Patienten allerdings mit einer analytischen Therapie im engeren Sinne überfordert wären. Umso bedeutsamer wirkt sich das gemeinsame Erleben in der Kleingruppe, das häufig die frühere prognostische Beurteilung des Patienten korrigierte und den Ausgangspunkt für zukünftige rehabilitative Schritte bildete, aus.

Notwendige Neuerungen auf den Stationen kamen u.a. durch die drei Reisen ins Rollen. Zum einen wurden die schon bestehenden rehabilitativen Bemühungen flankierend ergänzt, zum anderen kam es im Rahmen der Umwandlung von pflegerisch-bewahrenden Ansätzen in rehabilitative Zielsetzungen zu einer Kollision des Stationspersonals, die letztlich zum Ausscheiden nicht-kooperativen Personals führte. Nach dieser veränderten Stationsbesetzung war das mitreisende Personal - weit mehr als auf der ersten Reise - auf Aktivitäten mit den Patienten und weniger auf Versorgung eingestellt. Dies wirkte sich auch insofern stationär positiv aus, als Personalbesprechungen ebenso wie Stationsbesprechungen eingeführt wurden, weil sie als wichtiges Element einer veränderten Stationsstruktur erlebt wurden.

Trotz aller in Gang gekommenen Veränderungen wurde wiederholt deutlich, daß etliche Patienten ihre vielversprechenden Verhaltensänderungen - zurück im Stationsbetrieb - wieder einzubüßen schienen. Hier wurden z.B. ihre Fertigkeiten zur Selbstversorgung, die Fähigkeiten zur eigenen Tagesplanung - selbst unter den rehabilitativen Einstellungen- nicht mehr in dem Maße abverlangt bzw. durch persönliche Zuwendung verstärkt.

---

1) Den "verrückten Patienten in eine natürliche Umgebung zu bringen, ist wahrscheinlich die einzig wirksame Methode, Vorurteilen zu begegnen und die Integration des Patienten zu fördern. Mit dieser Erkenntnis arbeitet das belgische "Gheel-System" seit Jahrhunderten, die die meisten ihrer psychisch Kranken in Pflegefamilien unterbringen und sie in ein normales Setting zurückführen, wobei die Verrückten bei näherem Kontakt weit weniger verrückt erscheinen. (ROOSEENS 1979, 189 f.)

Die ursprüngliche Arbeitsthese, daß Rehabilitationsmaßnahmen bei Chronikern nur bedingt erfolgreich sind, kann bezüglich des therapeutischen Reisens eindeutig nicht bestätigt werden. Ferienlager sind, auch wenn zukünftig das Hauptgewicht auf extramuraler Therapie liegen sollte (meinen nach 6maligen Erfahrungen PETERSEN und BACHMANN 1969, 22), so lange nicht überflüssig, als es weiterhin psychiatrische Dauerpatienten gibt, die jahrelang hospitalisiert bleiben. In der Einschätzung von BOLK-WEISCHEDEL (1980, 752) sind therapeutische Reisen weiterhin erforderlich, indem es darum geht, Hospitalisierungsschäden zu überwinden und Hospitalismus fördernde Stations- und Klinikstrukturen umzuwandeln.

Mit dieser Erkenntnis, die die Verf. aus eigenen Erfahrungen einmütig teilt, findet die Verlaufsbeobachtung der Katamnese ihren Abschluß.

Aus der Vielzahl der Einzeleindrücke kristallisiert sich eine wesentliche Linie heraus: Chronisch-psychiatrisch Erkrankte sind vermehrt Bedingungen ausgesetzt gewesen, die sie in wichtigen Lebensphasen verunsicherten, die eine Orientierungskrise zur Folge hatten, aus der sie sich nicht mehr selbst zu befreien wissen. Notwendige Stütze und Impulse für die Realisierung einer Lebensqualität, die auf ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit gerichtet ist, kann nur in einer sozialen Einbindung erfolgen, wie auch immer diese aussehen mag.

IV

Spätkatamnese

Für die jetzt folgende Spätkatamnese wurden Daten in einem halbstrukturierten Interview erhoben (s. Kap. II.2.5). Es soll nun im einzelnen untersucht werden, welche Art der sozialen Einbindung bei diesen langjährig hospitalisierten, teilweise entlassenen Patienten 10 Jahre nach der Verlegungsaktion besteht, d.h., wo die Patienten verblieben sind und unter welchen Bedingungen sie leben; welcher Art der familiale Kontakt ist; welche eigenen Fähigkeiten sie zur sozialen Interaktion mitbringen und inwieweit die Ich-Funktionen sie noch zu strukturierter oder unstrukturierter Tätigkeit befähigen, ob eine Selbstversorgung möglich ist oder nur die Handhabung täglicher Notwendigkeiten. Zum anderen soll der Patient den eigenen stationären Verlauf kommentieren und quantifizierbare Aussagen über sein seelisch-körperliches Befinden mittels zweier Skalen machen. Anhand der Einschätzung der Interviewerin sollen diese Aussagen ergänzt werden.

Noch ein Wort zum durchgeführen Interview:
Obwohl nach anfänglichem Zögern und Mißtrauen - ausgenommen die drei Patienten, die die Nachuntersuchung ablehnten - alle Patienten, auch die der Verf. unbekannten, in anderen klinischen Einrichtungen ohne Ausnahme sich aufgeschlossen, kooperativ zeigten und manche sogar über das Interesse, das ihnen entgegengebracht wurde, offen erfreut waren, spürte die Verf. u.a. auch ein ungutes Gefühl bezüglich des auch durch die teilweise lockere Gesprächsform "aufgeheizten" Kontaktwunsches der Betroffenen (HEMPRICH u. KISKER 1968, 439), der in jedem Fall enttäuscht werden mußte. Diese Enttäuschung fügt sich zu der "Urenttäuschung" des "ehemaligen" psychiatrischen Patienten, der in der Anfangsexploration zu großer Offenheit eingeladen, dann jedoch den daraus entstehenden Wunsch nach weiterer zeitlicher und mitfühlender Zuwendung in den seltensten Fällen erfüllt bekommt.

Die Sterbedaten schließen die Daten zur Spätkatamnese. Hier sind Todesursachen, Sterbeort und Sterbealter von Interesse.

Um einen ersten Überblick zu ermöglichen und ebenso einen ersten Vergleich zu einer Kohorte von ursprünglich 228 langjährig psychiatrischen Patienten (ohne Alkoholerkrankte), die nach einem Zufallsverfahren ausgesucht worden waren und zwischen 1972 bis 1973 aus einem amerikanischen Hospital (LEAF 1977, 367) entlassen worden waren, zu

ziehen, soll folgende Auflistung der 80 Patienten dienen, deren "Verbleib" zum Zeitpunkt der Spätkatamnese sich nahezu dreiteilte; es befanden sich

- 27 (34 %) Patienten außerhalb stationar-psychiatrischer Behandlung, davon 13 (16 %) außerhalb von Institutionen wie Heim und Hospital;[1)]
- 24 (30 %) Patienten in klinisch-psychiatrischer Unterbringung und
- 28 (35 %) der Patienten waren verstorben. Mehr als die Hälfte dieser verstorbenen Patienten waren aber zuvor entlassen oder verlegt worden. D.h.
- 44 Patienten (55 %) konnten innerhalb von 10 Jahren aus stationär-psychiatrischer Unterbringung entlassen werden. Hierzu wurden nicht die 6 inzwischen wieder aufgenommenen Patienten gezählt, unabhängig davon, wielange sie sich zwischenzeitlich außerhalb psychiatrisch-institutioneller Behandlung befanden.

In der amerikanischen Kohorte, in der 3 Jahre nach Entlassung 178 Patienten zu erreichen waren, lebten bei der Nachuntersuchung etwa 63 % der Expatienten außerhalb eines institutionellen Rahmens und zeigten eine geringere Tendenz zur Wiederaufnahme als Patienten anderer Kohortenstudien (LEAF 1977, 369). Im Vergleich hierzu waren es nur 13 (25 %) der noch lebenden 52 Patienten dieser Kohorte, die allein mit Partner oder Familie lebten. 23 % der amerikanischen Kohorte lebten in Heimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen. Die vorliegende Kohorte zeigte nur 18 % der Patienten, die in nicht-psychiatrischen Institutionen lebten. 14 % der amerikanischen Patienten verblieben stationär, aus der vorliegenden Gruppe befanden sich doppelt so viele, nämlich 30 %, in stationärer Behandlung. Mehr als doppelt so viel, nämlich 35 %, verstarben aus dieser Kohorte, hingegen nur 16 % der Entlassenen der ursprünglich 228 amerikanischen Patienten, die jedoch tendenziell jünger waren.

---

1) Dabei 1 Patient unbekannt verzogen; der 81. auch unbekannt verzogene Patient wurde nicht in die Untersuchung mit einbezogen, da seine Krankenakte zunächst unauffindbar blieb und erst nach Abschluß der Erhebungen zur Verfügung stand (s. Kap. II.2.1 - Schema der Vorgehensweise zur Erlangung der katamnestischen Daten). Patient ist inzwischen verstorben.

Obwohl sich die Patienten vom Bryce Hospital (Alabama) hinsichtlich auch anderer Grunddaten um einiges unterschieden - insofern als es mehr verheiratete Patienten gab, ein Großteil der Patienten einen freiwilligen Status erreichte und die Verweilzeiträume geringer waren - befanden sich 50 (28 %) der amerikanischen Patienten immerhin 4 1/2 Jahre und länger in psychiatrischer Behandlung. Man geht ja davon aus, daß sich ab dem 2. Jahr der psychiatrischen Unterbringung die Entlassungschancen drastisch verringern. Andererseits ist es bei einer Reihe, nämlich bei 15 Patienten der vorliegenden Kohorte, bevor sie starben zu einer Entlassung gekommen.

Zählt man nun die ehemals entlassenen Verstorbenen der Berliner Kohorte (auch weil die Patienten im Schnitt wesentlich älter waren) als Korrektiv hinzu, so ergibt sich doch eine erhebliche Diskrepanz von 23 % bei 63 % insgesamt Entlassener dieser Kohorte gegenüber den 86 % der amerikanischen Kohorte (ohne deren Verstorbene).

Es stellt sich hier die Frage, wie es zu diesem relativ guten amerikanischen Rehabilitationserfolg kam oder zweckmäßiger: was es den Patienten der vorliegenden Kohorte neben schlechteren Ausgangsbedingungen auch sonst noch möglich oder unmöglich machte, entlassen oder nicht entlassen zu werden.

Dies soll u.a. mit der Einzelfallstatistik in den folgenden Kapiteln geklärt werden.

1.0 Verbleib außerhalb von Institutionen

Ein Verbleib außerhalb von Institutionen ergab sich bei 13 noch lebenden Patienten (25 %). Der Lebensunterhalt dieser 13 Entlassenen wurde bei 5 Patienten (38 %) durch Rente, bei 6 Patienten (46 %) durch Sozialunterstützung, bei 4 Patienten (31 %) durch Arbeit, bei 2 Patienten (15 %) anders bestritten. Bei weiteren 2 Patienten (15 %) blieb die Art des Lebensunterhaltes unbekannt, Es ergaben sich insofern Mehrfachnennungen bei folgender Tabelle, als in 3 Fällen die jeweiligen Bezüge ausreichten (Rente und Verdienst der Partner), bei den übrigen 10 Patienten eine weitere finanzielle Leistung ergänzt werden mußte, z.B. bei den Patienten, die nur Sozialunterstützung erhielten, fand - wenn sie nicht noch zusätzlich schwerbeschädigt und dadurch finanziell begünstigt waren - noch eine pekuniäre Flankierung durch Wohngeld statt.

Anz.	Diagnosen	alleine in eig. Mietwohng.	mit Partner	mit Familie	Übergangswohngemeinschaft	Lebensunterhalt bestritten durch (Mehrfachnennungen sind möglich)				
						Rente	Sozialunterstützung	Arbeit	Anderes	unbekannt
1	andere organisch psychiatr. Erkrankng.		1			1				
4	Oligophrenie	1		1	2		3	3		1
2	Alkoholismus		1	1		2			1	
6	Schizophrenien	3	1	1	1	2	3	1	1	1
13	insgesamt	4	3	3	3	5	6	4	2	2
52	%	25%								
13	%					38 %	46 %	31 %	15 %	15 %

Tabelle 42 Spätkatamnese: Verbleib außerhalb Institutionen, soziale Rückkehr, Lebensunterhalt nach Diagnosen in Absolutzahlen und Gesamtprozent (insgesamt noch lebende Pat. n = 52)

Unter diesen 13 Ex-Patienten befanden sich 3 Patienten, die die Nachuntersuchung ablehnten, so daß von ihnen nur durch die Familie- wenn überhaupt - etwas zu erfahren war.

Eine Arbeitshypothese soll Grundlage für die nächsten 2 Kapitel sein.

Die Bewältigung eines Lebens außerhalb institutioneller Versorgung ist für chronisch-psychiatrisch Erkrankte besonders erschwert, wenn sie nicht in einem tragfähigen sozialen Umfeld leben.

1.1 Soziale Rückkehr

Eine eindeutige soziale Rückkehr mit Wiederaufnahme des Berufes oder einer Tätigkeit, die für die gesamte Lebenshaltung hätte aufkommen können, konnte bei keinem dieser Patienten festgestellt werden. Dies gibt einen Hinweis auf das Alter der Patienten, die Schwere der noch bestehenden pathologischen Störungen oder deren Latenz. Die soziale Rückkehr bezog sich deshalb hier nur auf die Möglichkeit, allein mit Selbstversorgung zu leben oder auf das soziale Eingebettetsein in einen Haushalt, der ein Familienmitglied enthielt oder auf das Angebundensein an eine WG mit familienähnlichem Charakter.

Ein extramurales Leben außerhalb von institutionellem Eingebundensein war von den 52 noch lebenden Patienten nur für 13 Patienten (25 %) möglich, von denen 6 Patienten in Familien sozial eingebunden waren: 3 Patienten lebten mit ihren Partnern, die sie trotz der noch bestehenden psychischen Erkrankung versorgten und sie mittrugen. Es handelte sich hierbei um:

1 Patienten (1206) mit einer symptomatischen Psychose; cerebrales Anfallsleiden mit Wesensveränderung nach einer Hirnverletzung (32-jährig) während der Ausbildung zum Infanteristen. Daraufhin 70 % erwerbsgemindert als Optiker mit Meisterprüfung im eigenen Optikerladen. 43-jährig heiratete der aus Berlin stammende Patient eine Krankenschwester. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte er in eigener Wohnung, inzwischen 18 Jahre verheiratet. Obwohl er "aggressiv-hinterhältig, jähzornig" war und tätliche Angriffe auf seine Frau durchführte, sich selbst und Fremde gefährdete, was zu wiederholten Aufnahmen in die kleinere Klinikeinheit führte, (4mal, zuvor für 2 1/2 Monate in Großklinik), nimmt seine Frau ihn wieder auf. Der Patient leidet an schweren mnestischen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, hat außer zu seiner Frau keinen Kontakt mehr zu anderen, auch nicht zur Familie (Bruder). Patient lebt von Rente.

1 Patient (1511) mit Alkoholerkrankung, Maurer von Beruf, dessen Frau ihn 3 Monate, 1 Woche, 5 Tage nach der Verlegungsaktion aus der kleineren Klinikeinheit (davor insgesamt 2 Jahre, 4 Monate, 12 Tage in Großklinik bei 7 Aufnahmen wegen Hilflosigkeit) nach Hause holte. Die Frau verweigerte jedoch jegliche Kooperation und lehnte den Hausbesuch, ebenso die schriftliche Nachuntersuchung ab mit der Begründung, man habe damals ihren Mann falsch operiert (Billroth-Op.). Der Patient ist bei einem Anruf nicht kohärent; das Paar lebt vermutlich von Rente; die Frau arbeitete früher (weshalb es zu den häufigen Aufnahmen kam). Von den Nachbarn wird in Erfahrung gebracht, daß sich Patient und seine Frau häufig streiten.

Eine Patientin (1734) mit der Diagnose "abklingendes Rezidiv einer paranoid-halluzinatorischen Psychose" erkrankte erstmalig 26-jährig nach zwangsweise durchgeführtem Abort mit - in der Folge - heftigen Schuldgefühlen. Nach insgesamt 7 Aufnahmen (Großklinik mit 3 Wochen, 5 Tagen und kleinere Klinikeinheit mit 1 Monat, 1 Woche, 3 Tagen, jedoch bei jeweils nur 1 Aufnahme) ist die Patientin seit Entlassung aus kleinerer Klinikeinheit zurück beim Mann, der zu jeder Besuchszeit kam. Patientin ist 70 % erwerbsgemindert, erhält Rente und bewältigte z.Zt. der Spätkatamnese einen anstrengenden Umzug. Nervenärztlich ambulant versorgt, teilt Patientin die Psychopharmaka mit ihrem Mann, der inzwischen auch schon Angstzustände habe: Folie à deux?

An diesen 3 Einzelfällen unterschiedlicher Diagnosen zeigt sich, daß, unbesehen der Art und Schwere der noch bestehenden psychiatrischen Erkrankung, Patienten sehr wohl in geordneten Verhältnissen extramural leben können, wenn sie einen Partner haben (s. Kap. III.1.2 - Familienstand und Diagnose). Dies setzt jedoch voraus, daß der Partner bereit - und was an Wichtigkeit nicht übersehen werden darf - fähig ist, sich für den Patienten verantwortlich zu fühlen.

In mittelbarer oder unmittelbarer Nähe der Familie lebte eine Patientin:

Patientin (1512), trockene Alkoholerkrankte, zieht nach Entlassung aus kleinerer Klinikeinheit (3 Monate, 2 Tage bei 1 Aufnahme - Großklinik: 20 Tage, erstmalig) ziemlich bald aus kleinerer Hauswartswohnung, wo sie 1 Jahr nach dem Tod ihres Mannes lebte, in die Nähe ihrer Geschwister nach Westdeutschland (Bruder) und lebt nun mit ihrer Enkelin zusammen. Tochter und Enkelin besuchten sie damals häufig in der Klinik, so daß es vermutlich deswegen bald zu einer Besserung der Symptomatik kam und zum Zeitpunkt der Spätkatamnese die Expatientin stolz auf eine Weinflasche zeigte, die sie unberührt seit 1/2 Jahr in der Kommode hatte. Diese ehemalige Patientin stellte ihren Alkoholabusus (9 Jahre lang) ein, als sich die Familie ihrer annahm. Die Patientin lebt von Witwenrente, Waisengeld der Enkelin und erhält Wohngeld (für Eigentumswohnung).

Bei den Eltern wohnten 2 männliche Patienten:

1 Patient (1412), 1954 geboren, mit geistigem Entwicklungsrückstand infolge einer Hinrhautentzündung (1/2-jährig) und Störungen des psychosozialen Milieus hatte vor seinem einmaligen Aufenthalt in der Großklinik (11 Monate, 1 Woche, 6 Tage) schon 4 Aufenthalte in anderen Behandlungsinstitutionen. Der Patient wurde 5 Jahre nach der Verlegungsaktion und nach vielerlei therapeutischen und heilpädagogischen Angeboten der kleineren Klinikeinheit (VT-Punkte-Programm veränderte z.B. sein dranghaftes Verhalten) nach 5 Jahren, 3 Monaten, 1 Woche, 5 Tagen nach Westdeutschland in eine Wohn- und Arbeitsgemeinschaft

entlassen. Aufgrund von Drogenmißbrauch wird er erneut in die Großklinik für 4 Jahre aufgenommen. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebt der Patient mit der Mutter, die sich ursprünglich wenig um das Kind kümmerte (Stv damals ablehnend), mit Halbbruder und Stiefvater in geordneten Verhältnissen, jedoch ohne Arbeit. Familie bezieht für ihn relativ hohe Sozialunterstützung.

1 schizophrener Patient (1730), kurzfristig Student, der nach seiner Entlassung aus kleinerer Klinikeinheit (4 Monate, 1 Woche, 2 Tage - einmalig), 2 Wiederaufnahmen in Großklinik hatte (vor der Verlegungsaktion schon 5 Aufnahmen mit insgesamt 1 Jahr, 2 Monate, 4 Wochen, 6 Tage) lebt zum Zeitpunkt der Spätkatamnese bei seinen hochbetagten Eltern (beide über 80 J.), die den Sohn nie für krank gehalten hatten. Ursprünglich bestand ein sehr ambivalentes Beziehungsmuster in der Familie. Der Patient ist im Gespräch mit dem Vater vehement und aggressiv, der Vater teilweise autoritär und teilweise abwiegelnd (Sohn ist inzwischen 36 Jahre alt). Die Familie bezieht keine Sozialunterstützung. Der Patient bekommt geringe Rente, da nach Studienaufgabe wenig gearbeitet, zuletzt nicht mehr. Beklagt sich, daß er auf die Entlassung von der Großklinik nicht vorbereitet worden war.

Nach den Ergebnissen einer 10-jährigen Nachuntersuchung einer englischen Rehabilitationseinheit, die zwischen 1959 - 1969 durchgeführt wurde (EKDAWI 1972, 423), zeigten jene ehemals chronisch-psychiatrischen Patienten die höchsten Arbeitslosenziffern, die zu Hause bei den Eltern lebten, was sich bei diesen beiden Patienten ebenso bestätigt. Sie könnten in einer anderen Form der Unterkunft stärker gefordert oder gefördert werden. So bestanden bei einem Patienten ja geradezu Wünsche nach strukturierter Tätigkeit.

Außer der einen alkoholerkrankten Patientin (1512), die vor der Verlegungsaktion nur kurzfristig (20 Tage) in stationär-psychiatrischer Behandlung sich befunden hatte, die aber aufgrund ihres 9-jährigen Alkoholabusus als chronische Alkoholikerin betrachtet wurde, handelt es sich bei diesen 6 Expatienten um langjährige Behinderungen oder Erkrankungen mit einer Reihe von Vorerfahrungen in Behandlungsinstitutionen und stationärer Psychiatrie. Für diese ehemaligen Patienten war das Vorhandensein der Partner oder der Familie ausschlaggebender Faktor für die Entlassung und "soziale Rückkehr" (in diesem eingeschränkten Sinne). Hier bestätigt sich die Arbeitshypothese.

4 Patienten lebten jedoch in eigener Mietwohnung. Was machte es diesen Patienten mit relativ langen psychiatrischen Karrieren und häufigen Wiederaufnahmen möglich, ohne den Schutz einer familialen Einbettung extramural zu leben und wie verläuft dieses "schutzlose" Leben? Die folgenden Fallbeschreibungen können darauf vielleicht eine Antwort geben.

1 Patient (1413) mit der Diagnose Verwahrlosungssymptomatik bei Minderbegabung, der die Nachuntersuchung ablehnt, hatte als Kind eine fast ununterbrochene Heimkarriere hinter sich gebracht. Er wurde wegen seines damaligen fixierten Rundrückens überall gehänselt bis er sich nicht mehr wehren konnte und einen Suizidversuch (Erhängen) durchführte, was zu einer ersten Einweisung in die Psychiatrie führte (2 Aufnahmen). Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte der Patient im 4. Stock eines 3. Hinterhofes - heruntergekommen wie eine finstere Absteige -, öffnete nicht die Tür und bat (auch schriftlich), in Ruhe gelassen zu werden. Durch einen Ladenbesitzer im Haus wurde in Erfahrung gebracht, daß er erst 4 Wochen vor dem Erhebungstag aus dem Gefängnis entlassen worden war. Der fixierte Rundrücken wurden während des Aufenthaltes in der kleineren Klinikeinheit erfolgreich operiert, so daß keine äußerlich-körperlichen Merkmale zurückblieben.

Die Patientin (1733), deren Diagnose Schizophrenie bis zuletzt (schon 3 Aufnahmen vor Verlegungsaktion) als nicht eindeutig gesichert galt, lehnt die Nachuntersuchung mit der Begründung ab, daß ihr damals "diagnostisch" Unrecht getan worden sei, da ihre Ehekrise (die zur Scheidung führte) überbewertet worden sei. Von dem in unmittelbarer Nähe wohnenden Sohn war zu erfahren, daß es der Expatientin psychisch ganz gut ginge, sie aber vermehrt körperliche Beschwerden habe. Sie lebe allein, habe aber täglich guten Kontakt zur Familie mit dem Enkelkind, auf das sie manchmal aufpaßt. Sie sei weiterhin in nervenärztlicher Behandlung, habe eine halbjährige Wiederaufnahme in der Großklinik gehabt (freiwillig), als Mann und Sohn ausgezogen waren und sie allein dastand. Die Expatientin, die nie gearbeitet hatte, lebte von finanzieller Unterstützung des Mannes (grad. Bauing.).

Der Patient (1731) mit der Diagnose Schizophrenie simpl., der 1 Jahr vor dem Abitur die Schule verließ, wohnt allein in einer geräumigen 2-Zimmerwohnung, malt Bilder und betrachtet sich als "Philosoph". In größeren Abständen muß der Patient wegen Rezidiven erneut in stationäre Behandlung. Er befand sich insgesamt nur 1 Monat, 5 Tage in der kleineren Klinikeinheit, von wo er auf eigenen Wunsch in die Großklinik zurückverlegt worden sei, aus der er nach etwa 2 Jahren Verweildauer (zuvor 2 Aufnahmen) in ein Rehabilitationsheim entlassen worden war. 2 Jahre später zog der Patient in ein Hotel um, dann folgte ein Wohn-, später ein Altenheim. Nach Wiederaufnahme erneut ins Rehabilitationsheim entlassen. Erst 2 Jahre vor dem Zeitpunkt der Spätkatamnese zieht Patient in eigene Wohnung im innerstädtischen Bereich. Er lebt von Sozialunterstützung und erhält Wohngeld (ist nie einer regelmäßigen Tätigkeit nachgegangen).

Diese drei Patienten bewältigen das Alltagsleben außerhalb institutioneller Unterbringung ohne familiale Einbettung nur mit Schwierigkeiten, da die eine "schizophrene" Expatientin nach Auszug des Sohnes sich wiederaufnehmen läßt und erst stabil bleibt, als der Sohn in unmittelbare Nähe zieht. Der minderbegabte Patient zeigt im Rahmen seiner Verwahrlosung auch kriminelles Verhalten und muß sein Leben draußen für einen Zeitraum mit dem Gefängnis eintauschen. Der schizophrene Patient muß aufgrund seines instabilen Zustandes wiederholt aufgenommen werden, was eine Odyssee an Wohn- und Lebenssituationen nach sich zieht.

Die Patientin (1732), 79-jährig, mit der Diagnose einer chronischen Schizophrenie vom paranoiden Typ in gut gebessertem Zustand lebt z.Zt. der Spätkatamnese 4 Jahre nach Entlassung aus kleinerer Klinikeinheit ohne Wiederaufnahme allein, ohne Familienbezug, aber unauffällig in der gleichen Wohnung in einem städtischen Außenbezirk auf einem Wassergrundstück. Die Patientin arbeitet zwar nicht mehr, obwohl sie bei der Entlassung noch eine Stelle im Restaurantbetrieb innehatte. Sie habe aber nun genug mit sich selbst zu tun (Einkäufe, Haar, Spazierengehen). Patientin war ursprünglich italienischer Herkunft, stammte aus einem kleinen Ort in Ostpreußen, in dem sich noch heute ein Teil ihrer Familie befindet. Patientin befand sich 2mal in der Großklinik (insgesamt 5 Monate, 3 Wochen), da sie völlig unterernährt, verwahrlost und autistisch war und selbstgefährdend mehrere kleine Brände in ihrer Wohnung gelegt hatte. Nach ihren eigenen Aussagen habe sie damals schlimme Nierenkoliken gehabt, wobei ihr die Schmerzen die Sinne geraubt hätten. Die ledig gebliebene Patientin stammt aus einer Familie mit 7 Kindern und wuchs bei Klosternonnen auf. Bei der Frage nach familiären Bindungen bestand inhaltlich ein roter Faden, als das Wort "Kinderknall" und das Wort "Duplikat" immer wieder in scheinbar unsinnigen (bei 7 Kindern jedoch eher einfühlbaren) Zusammenhängen auftauchte. Die Patientin erhält Briefe, jedoch wenig Besuch aus der DDR. Sie lebt von ihrer niedrigen Rente (früher Stenokontoristin) und erhält Wohngeld. Der einzige Außenkontakt ist eine lockere Gruppe, die ihr Pfleger für seine Schützlinge einrichtete. - Diese Patientin ist die einzige, die die Klinik verläßt und noch (vielmehr wieder) arbeitete (außer den 3 Patientin, die in die WG entlassen wurden, in der allerdings jedes Mitglied einer Arbeit nachgehen mußte).

Insgesamt läßt sich - jedoch mit Vorsicht, da es sich um eine geringe Patientenanzahl (dafür aber umso schwerwiegendere Fälle) handelt - die Arbeitshypothese bestätigen, daß chronisch-psychiatrische Patienten sehr wohl extramural leben können, wenn eine Familie da ist, die sich kümmert und für zuständig hält und nicht überfordert ist (wie bei dem über 80-jährigen Elternpaar, wo es bei dem Sohn zu Wiederaufnahmen

kam); jedoch ein Leben für jene erschwert ist, die ohne diesen familiären Schutz auskommen müssen. Arbeit ist, wie sich bei der letztbeschriebenen Patientin zeigte, ein Stabilisator, um besser zu lernen, mit dem Leben draußen wieder zurechtzukommen. - Dies war ja auch Vorbedingung zur Entlassung in das therapeutische Übergangswohnheim, das im folgenden Kapitel vorgestellt werden soll.

1.2 Therapeutische Übergangswohngemeinschaft[1)]

Nach einer 1-jährigen Vorbereitungsphase, u.a. mit durch die Patienten selbst unter Anleitung der Betreuer ausgeführten Renovierungsarbeiten wurde im August 1978 die erste therapeutische Übergangswohngemeinschaft auf dem weiteren Klinikgelände der städtischen Fachklinik eröffnet. Diese sukzessiv belegte WG wurde als "vorläufiger Schlußstein" (Pressemitteilung des Chefarztes) des langfristigen Therapieprogrammes betrachtet, das psychisch Kranke und geistig Behinderte, die lange Zeit in Kliniken zubrachten und zu keinem eigenen Leben gekommen waren, zu mehr Selbständigkeit führen sollte.

Der 1974 von Klinikangehörigen gegründete Verein zur Wiedereingliederung und Hilfe für psychisch Kranke e.V., konnte dem städtischen Krankenhaus im Mai 1978 ein nicht mehr genutztes Personalhaus zur Miete abtrotzen und dort 10 Wohnplätze in Einzel- und Doppelzimmer (aufgewendete Vereinsmittel 15.000,-- DM, davon 10.000,-- DM Spende der Glücksspirale) einrichten, wobei 1 Zimmer der beiden Etagen als Gemeinschaftsraum genutzt wurde.

Ein möblierter Einzelzimmerplatz kostete 175,-- DM, Mietanteil eines entsprechenden Doppelzimmerplatzes 125,-- DM. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese wohnen 4 Männer und 4 Frauen in dieser WG, die sich aus Patienten der Chronikerstation rekrutierte. Darunter befinden sich 3 männliche Patienten der Kohorte. Diese 3 Patienten waren auch wegen

---

1) Bei der Darstellung dieses Abschnittes beziehe ich mich auf ein unveröffentlichtes Skript (BOLK-WEISCHEDEL 1979), für dessen Überlassung ich Frau Bolk-Weischedel herzlich danke.

der Länge der stationären psychiatrischen Aufenthalte (zwischen 9 - 26 Jahren) und den damit einhergehenden Hospitalismuserscheinungen, die am schlimmsten geistig und psychisch Behinderten dieser Wohngruppe, die in diesen Räumen eine neue Heimat finden sollten. Alle 3 Patienten waren ungelernt und hatten so gut wie nie gearbeitet (2 weitere Expatienten der Wohngruppe: auch ohne gelernten Beruf).

Diagnostisch handelte es sich bei den 3 Patienten aus der Kohorte um:
- 2 Minderbegabte
- 1 schizophrene Psychose.

Entlassungsalter liegt zwischen 28 und 55 Jahren.

Weitere Bewohner:
- 3 Suchtkranke
- 2 schizophrene und affektive Psychosen.

Außer bei den Minderbegabten, die sich im Rahmen stationärer Trainingsprogramme als förderungsfähig herausstellten, hat bei allen anderen Bewohnern der WG, so auch bei den schizophrenen Patienten der Kohorte, ein sozialer Abstieg stattgefunden.

Die Voraussetzung zur Entlassung und zum Einzug in die Übergangs-WG war für alle Bewohner, so auch für diese 3 Patienten, daß sie eine strukturierte Tätigkeit wochentags ausübten und somit zur eigenen Versorgung beitrugen. Einkommen, die unter dem Existenzminimum lagen (bei den Patienten aus der Kohorte vorrangig), wurden durch Sozialunterstützung und Wohngeld aufgestockt. In jedem Fall ein weitaus kostengünstigeres Rehabilitationsunterfangen als die stationäre Unterbringung!

Die folgenden Fallbeschreibungen zeigen den geistigen und psychischen Behinderungsgrad der 3 Patienten aus der Kohorte. Sie sollen aber auch ein Bild davon geben, wie diese Patienten - trotz der geringen Chance, ein freieres Leben außerhalb klinischer Versorgung zu führen - schrittweise zu einer gewissen Verselbständigung kamen und ihnen somit eine Ablösung aus klinischer Versorgung gelungen ist.

Der bei der Entlassung 54-jährige Patient (1723), der 39-jährig zunächst mit der Diagnose einer depressiven Neurose aufgenommen wurde, zeigt bei der 2. Aufnahme schon psychotische Reaktionen und wird im weiteren Verlauf, ab 3. Aufnahme, als paranoid-halluzinatorische Schizophrenie sehr bald mit Defektbild diagnostisch eingeschätzt. Der Patient hatte nach frühem Kriegseinsatz, 18-jährig ("eine Welt brach zusammen") und Gefangenschaft bei Rückkehr die Ablösung aus dem Elternhaus nicht geschafft, in dem er 30-jährig, bis zum Tod der Mutter, verbleibt, wonach er im gleichen Jahr heiratet. Primordial Ängste und Bettnässen, einige Wochen - 5-jährig - im Heim, wobei er strafweise in den Keller mußte. Nach Abitur und Rückkehr aus der Gefangenschaft Theologiestudium, dann Kunst (davor Konvertierung zum kath. Glauben, d.h. zurück zur Mutterkirche), bricht auch dieses Studium wegen "mangelnder finanzieller Möglichkeit" ab. Eine soziale Bewährung findet nicht statt: Arbeitsversuche (Notstandsarbeit) scheitern, ebenso seine Ehe. Nach Verlassen der Frau, mit der er lebte, 6maliger Wohnungswechsel und Verwahrlosungstendenz, da er unselbständig ist, was ihn zum Selbstmordversuch treibt und Anlaß der 1. Aufnahme (4 Monate) wird. Ab 2. Wiederaufnahme wiederholt in Großklinik: insgesamt 1 Jahr, 9 Monate, 2 Wochen, 5 Tage. In kleinerer Klinikeinheit verbringt Patient 8 Jahre, 10 Monate, 3 Wochen, 1 Tag. Im Verlauf wird deutlich, daß sich hinter seinem Anspruch auf Genialität (Patient schreibt und entwickelt mathematische Systeme) Versorgungswünsche und Bequemlichkeit verbergen. Nach Beschäftigungs-, Musik- und Maltherapie, nach Belastungsurlauben, 3 Patientenreisen und verhaltenstherapeutischen Programmen lernt der Patient verantwortungsvoll zu werden (auch für andere) und nimmt bei Entlassung seine eigenen persönlichen Belange in die Hand. Ebenso arbeitet der Patient bei Entlassung im Klinikarchiv gegen Bezahlung (freier Arbeitsmarkt), ist jedoch arbeitslos zum Zeitpunkt der Spätkatamnese; erhält Arbeitslosengeld, Sozialunterstützung und Wohngeld.

Der bei Entlassung 36-jährige Patient (1410) mit der Diagnose einer Minderbegabung hat sich insgesamt 26 Jahre (15 Jahre, 7 Monate, 20 Tage in der Großklinik) in psychiatrischer Verwahrung befunden und nie zuvor gearbeitet. Der Patient war 2. Sohn von 4 Kindern; 1 Tochter normal intelligent, die beiden Brüder auch schwachsinnig. Das schwachsinnige Elternpaar, das aber in geordneten Verhältnissen lebte und arbeitete, überließ die Erziehung der Kinder der Großmutter, die dieser nicht gewachsen war. Es kommt früh zu Verhaltensauffälligkeiten und Schulversuche scheitern. Es folgt eine Heimerziehung, die einer sozialen Entwicklung auch nicht förderlicher war. Patient hat bis zum Zeitpunkt des Entlassungsplans (nach Beschäftigungs-, Arbeitstherapie und Arbeitshaltungstraining in der Gärtnerei; therapeutische Reisen) noch nie gearbeitet. Im Verlauf schwankte der Patient zwischen Anspruchshaltung und Anlehnung. Seit Jahren besteht kein Kontakt mehr zu Angehörigen, wobei er guten Kontakt zu allen auf der Station hat. Außerdem pflegt er Familienkontakt zum ansässigen Pfarrer. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese arbeitet der Patient in einer Behindertenwerkstätte, erhält zusätzlich Sozialunterstützung und Wohngeld.

Der bei Entlassung 28-jährige Patient (1411) mit der Diagnose Oligophrenie und cerebrales Anfallsleiden kam nach Fehlverhalten in zwei Jugendheimen zur psychiatrischen Aufnahme, da er allein existenzunfähig war und ihn die Familie nicht weiterversorgen konnte. Der Patient befand sich jedoch nur 2 Wochen, 5 Tage in der Großklinik, bis er zur Verlegung in die kleinere Klinikeinheit kam. Als der Patient 11-jährig war, erkrankte der Vater an Lymphdrüsenkrebs und ist schwer vorgealtert. 12-jährig hatte der Patient den ersten tonischen Krampfanfall. Der Vater kann sich gegen die drei Frauen im Haushalt nicht durchsetzen. Es fehlt eine funktionstüchtige männliche Bezugsperson. Als Reaktionsbildung wegen der abgelehnten Schwangerschaft verwöhnt die Mutter den Patienten (die Mutter befand sich zur Geburt 14 Tage zur Beobachtung in der Nervenklinik). Der Patient konnte die Kulturtechniken des Lesens und Schreibens in der Sonderschule relativ gut entwickeln. 14-jährig Tod der Mutter - erste gravierende Verhaltensauffälligkeiten - 15-jährig 60 % schwerbeschädigt wegen cerebralen Anfallsleidens und eingeschränkter Sprunggelenksbeweglichkeit - hat keinen Beruf erlernt - zeigt Verwahrlosungstendenz und Straffälligkeit. Durch Arbeitstherapie und Arbeit in geschützten Werkstätten, durch therapeutisches Reisen, Arbeit im Gartenbau, über ABM, wird Entlassung in die therapeutische Übergangs-WG ermöglicht. Der Patient finanziert sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese durch Arbeit, bekommt flankierend noch Sozialunterstützung und Wohngeld. - Die Schwester des Patienten kümmert sich außerdem in vorbildlicher Weise um ihn.

Da alle Bewohner durch langjährige Behinderung in geistiger und psychischer Hinsicht und aufgrund langjähriger Klinikaufenthalte mit entsprechenden Folgeerscheinungen große Schwierigkeiten in der Bewältigung von Alltäglichem hatten, bedurfte es einer hohen Betreuungsdichte. In der Aufbauphase der Übergangs-WG war dies durch die im Rahmen der ABM beschäftigten Psychologen (in Psychoanalyse, Gesprächstherapie und Verhaltenstherapie vorgebildet) und Soziologen mit 1 1/2 Stellen möglich.

Die Betreuung gliedert sich teilweise unterschiedlich für die einzelnen Patienten in folgenden Therapieangeboten:

1. Einzeltherapie:
   (1 Std., 5mal wöchentlich) lernpsychologisch ausgerichtete und gesprächstherapeutisch orientierte Sozial-Kontakt-Durchsetzungstraining; Rollenspiele

(1 Std., 5mal wöchentlich)	Haltungstraining im Umgang mit Sauberkeit, Ordnung, Körperpflege; Selbständigkeit, im Busfahren; Einkaufen; Umgang mit Behörden; Freizeitplanung; Kontakte am Arbeitsplatz
(1/2 Std. 5mal wöchentlich)	themen- und konfliktzentrierte Gespräche

2. Gruppentherapie:

(2 Std. wöchentlich)	gesprächstherapeutisch orientierte Gruppe mit allen Bewohnern
(2 Std. wöchentlich)	Organisationsgruppe mit allen Bewohnern und 2 Betreuern

Weitere Betreuungsmomente ergaben sich durch:

- Planung und Durchführung von Wochenendaktivitäten
- sozialarbeiterische Betreuung
- Teambesprechung, die wöchentlich mit Arzt, Psychologen und Soziologen sowie Stationsschwestern der Langfriststationen durchgeführt wurden zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch und zur Vorbesprechung von nachrückenden Bewohnern.

Eine ärztliche Notfallversorgung war durch den diensthabenden Arzt der Klinik gewährleistet, die Allgemeinversorgung durch einen niedergelassenen Arzt des Wohnbezirks ebenso wie die nervenärztliche Versorgung im näheren Umkreis. Die Patienten der Übergangs-WG versorgten sich jedoch schon seit den ersten Probeversuchen auf den Reisen mit ihrer Dauermedizin selbst, und zwar aus den entsprechenden Medikamententosetten, die die tägliche/wöchentliche Dosierung vorgaben.

Die Zielsetzung der therapeutischen Übergangs-WG ist zu Teilen schon aus der Bezeichnung ableitbar. Es geht hierbei um eine therapeutische Einflußnahme, die eine größere Verselbständigung der Bewohner ermöglichen soll, damit eine endgültige Abnabelung aus dem stationären, aber auch entmündigenden Klinikbereich und somit ein Übergang in eine weniger intensiv betreute WG, z.B. des mehr innerstädtischen Be-

reiches, geschaffen wird.

Die Arbeitshypothese kann auch für diese drei Patienten bestätigt werden, die trotz langjähriger Verwahrung unerwartet noch eine Chance bekamen, sich in Richtung einer nie vorher besessenen größeren Selbständigkeit hin zu entwickeln. Jedoch auch hier war die wichtigste Voraussetzung die soziale Einbindung in eine geschützte Wohnsitutation mit familienähnlichem Charakter, in der die Betreuer die Elternfunktion übernehmen.

2.0 Verbleib in Institutionen

Eine große Anzahl chronisch-psychiatrischer Patienten, die nicht nur durch seelische und geistige und/oder körperliche Behinderung betroffen sind, erweisen sich oft auch in lebenspraktischen Dingen als existenzunfähig. Infolge der bürokratischen Organisation psychiatrischer Krankenhäuser haben sie häufig ein solches Maß an Invalidität erreicht, daß der stationäre Verbleib oder die Verlegung in eine andere Institution unausweichlich scheint.

Schon immer wurden allerdings Alterskranke- und Pflegefälle, die in einer psychiatrischen Klinik, in der "behandelt" wird, fehl am Platze sind, in Heime oder entsprechend andere Institutionen verlegt, wobei Entlassungen und Verlegungen im letzten Jahrzehnt erheblich zugenommen haben.

So sank die Bettenkapazität vieler Großkrankenhäuser, dafür stiegen die Aufnahmezahlen. Durch die kurz- und mittelfristigen Behandlungen verdoppelten sich z.B. im Landeskrankenhaus Weinsberg so die Aufnahmen in den Jahren 1968 - 1975 von 1600 auf 3000, wohingegen eine Bettenreduzierung um ein Drittel stattfand. Die zahlreichen Verlegungen von chronisch-psychiatrischen Patienten in andere Einrichtungen trugen zu diesem Prozeß bei (REIMER 1979, 7).

In psychiatrischen Krankenhäusern besteht die Tendenz, die chronischen Patienten eher zu vernachlässigen. So haben sie immer noch den geringsten Status und werden oft nur beiläufig versorgt. - Umso sinnvoller erscheinen vermehrte Entlassungen und Verlegungen von chronisch scheinbar nicht mehr rehabilitierbaren Kranken: Jene schweren Behinderungen in geistiger und seelischer Hinsicht, zu denen die abgebauten Alkoholerkrankten mit Korsakow-Syndrom, die verwirrten Alterspatienten, die regressiven (schizophrenen) Patienten und die Schwachsinnigen zählen.

Bei Heimplazierungen, vor allem aber nach Verlegungen in Hospitale oder Pflegeanstalten, die sich auf Immobile, Inkontinente, körperlich Behinderte spezialisieren, passiert für den Patienten jedoch in den

meisten Fällen weniger als auf einer Chronikerstation einer "fortschrittlicheren" Psychiatrie. Die Unterbringung in diesen stark verwahrenden Einrichtungen hat echten Endstationscharakter. Die sich dort für die Betroffenen einstellende Lebensqualität ist auch deshalb von geringerem Wert, da sich in einem stationären Betrieb mit einem Durchlauf von Neuaufnahmen - abgesehen von innerklinischen Neuerungen - schon allein dadurch eine innere Bewegung vollzieht, von der auch die Chroniker profitieren können.

Natürlich sind hier auch wirtschaftliche Gesichtspunkte von eminenter Bedeutung: Die Versorgungskosten im Wohnheim sind selbst bei erhöhtem Personalaufwand nur 45 % der Krankenhauskosten.

Aus der folgenden Tabelle läßt sich ablesen, wieviele Patienten der diagnostischen Subgruppen stationär blieben (oder Wiederaufnahmen hatten), welche Patienten in andere Institutionen verlegt wurden, welche in Heimen vorgefunden wurden und wieviele verstorben sind.

Anz.	Diagnosen	Stationär: Psychiatr. Klinik		Andere: Hospital; Plegeanst.; Heilpädagog. Zentr.; usw.		Kleineres Heim (bis 7 Heimbewohner)		größeres Heim (von 7-40 Heimbewohner)		unbekannt	verstorben
		Kleinere Klinikeinheit	Andere: (Großkl.; Landesnerv.kl.)	eingeschränkt befried.	zufriedenstellend	eingeschränkt	zufriedenstellend	eingeschränkt	zufriedenstellend		
2	präsenile oder senile Demenz										2
5	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	1									4
1	Persönlichkeitsstörung						1				
9	Oligophrenie	4			2			1	1		1
10	Alkoholismus	2	1		2			1			4
11	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions Depressionen; schizo affektive Psychos.	1									10
28	Schizophrenien	9	6	1	1				3	1	7
1	nicht klassifizierbar						1				
67	Insgesamt	17	7	1	5		2	2	4	1	28
38	in Institutionen	24		6		2		6			
	%	63%		15%		5%		16%			

Tabelle 43

Spätkatamnese: Verbleib in Institutionen und Verstorbene in Absolutzahlen und Gesamtprozent (insgesamt noch lebende Pat. n = 52)

Von insgesamt 52 noch lebenden Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Spätkatamnese 38 Patienten (73 %) in Institutionen, davon

- 24 Patienten (63 %) in der stationären Psychiatrie
- 6 Patienten (16 %) in anderen Institutionen
- 8 Patienten (21 %) in Heimen.

Insgesamt 28 Patienten (35 %) von 80 waren im Verlaufe der 10 Jahre verstorben, dabei noch 2 Patienten im Verlaufe der Erhebung.

Auffällig ist eine erhebliche Anzahl von Schizophrenen, nämlich 15, das ist mehr als das Doppelte der noch Lebenden dieser Subgruppe, die in psychiatrischer Unterbringung angetroffen wurden. Hierzu zählten 4 Wiederaufnahmen in die Großklinik. Man kann davon ausgehen, daß gerade Schizophrene in offenen Einrichtungen, Heimen, sich eher schwierig im Umgang zeigen und mit einem Potential an "psychosozialen Konfliktmöglichkeiten" ausgestattet sind (HAENER und VON ZERSSEN 1964, 247), wenn nicht - wie in den wenigen Fällen - eine adäquate (auch psychotherapeutische) Betreuung die kommunikativen Störungen durch offene Besprechung abzufangen versteht.

1 männlicher Schizophrener (1725) befindet sich auf der geschlossenen Station eines Hospitals für chronisch Kranke in einem 4-Bettzimmer, lebt ohne äußere Beteiligung an äußeren Vorgängen, ohne Bedürfnisse nach Außenkontakten, aber voll orientiert. Einzige Außenorientierung ist das tägliche Fernsehen.

1 weibliche Schizophrene (1729), die auch auf einer halbgeschlossenen Station (3-Bettzimmer) einer Pflegeanstalt für chronisch psychisch Kranke gefunden wurde, hilft im Stationsbetrieb und zeigt sich zufrieden, obwohl sie so gut wie keine Außenkontakte hat.

In diesem Rahmen ist für beide Patienten keine mögliche (?) Veränderung hinsichtlich einer größeren Verselbständigung mehr zu erwarten.

Eine beispielhafte Darstellung der Entlassung in nicht-stationäre Einrichtungen soll in einem der nächsten Kapitel erfolgen, indem in einer neu eröffneten Berliner Einrichtung, dem Heilpädagogischen Zentrum, HPZ, das psychiatrische Patienten aufnimmt (aus dieser Kohorte 4 Patienten), Rechnung getragen werden soll.

Zunächst werden im folgenden Kurzkapitel die ins Heim verlegten Patienten beschrieben.

2.1 Heimunterbringung

Im Zuge der Bettenreduzierung und auf der Suche nach adäquaten Unterbringungsmöglichkeiten für chronisch gestörte Kranke und Behinderte ist es in den letzten Jahren zu teilweise "bedenklichen Verlegungsaktionen" (Enquête zur Lage der Psychiatrie 1975, 206) gekommen, da chronisch Kranke und Behinderte in leerstehende Ferienheime, Hotels und andere Einrichtungen, die meist kommerziell betrieben wurden, abgeschoben worden sind. Regelhaft haben diese nicht die qualitativen Voraussetzungen, deren chronisch Kranke bedürfen, wenn an eine ausreichende Rehabilitation, an eine soziale Betreuung und an einen ärztlich-psychiatrischen Konsiliardienst gedacht werden soll.

Bei der Überprüfung der Unterkünfte in den Heimen wurden von der Untersucherin u.a. gerade diese Bereiche in Betracht gezogen, ebenso wurde bewertet: Die Wohnlage, die Ausstattung, die Kompetenz der angestellten Kräfte, die Toleranz für die Autonomie des Patienten und die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Einrichtung. Sie wurden grob als "eingeschränkt befriedigend" oder "zufriedenstellend" beurteilt.

Es wird vermutet, daß in diesen Einrichtungen wenig günstige Rehabilitationsvoraussetzungen, auch im Sinne einer besseren Lebensqualität, bestehen. Dazu lautet eine Arbeitshypothese folgendermaßen:

Chronisch-psychiatrische Patienten sind nach stationärer Entlassung eher weniger gut geführten Heimunterkünften ohne weitere Anregung und Förderungsmöglichkeiten ausgesetzt.

Insgesamt 8 (21 %) der in Institutionen untergebrachten Patienten wurden in Heimen vorgefunden.

In kleineren, kommerziell betriebenen Heimen (bis zu 7 Heimbewohner) lebten in bester Wohnlage 2 ehemalige Patienten (1801 und 1301). Die Verkehrslage ist günstig, obwohl an der Peripherie (Norden und Süden) Berlins gelegen, aber auch das soziale Umfeld ist insofern gegeben, als sich im Herzen vieler Stadtbezirke Berlins funktionstüchtige Stadtkerne mit Kleinstadtcharakter befinden. Beide Patienten sind in guter Verfassung, können sich frei bewegen, was in beiden Fällen zu kleinen Unternehmungen, Spaziergängen und Besuchen führt. Beide Heime haben Kontakt zu einem in der Nähe praktizierenden Nervenarzt, der von den Patienten 1mal monatlich konsultiert wird. Keine Wiederaufnahmen der beiden Patienten.

Patient (1301) mit einer Persönlichkeitsstörung war vor dieser zufriedenstellenden Unterkunft nach Entlassung aus stationärer Unterbringung 1973 zunächst in ein Heim entlassen worden, das nach 6 Jahren aufgelöst wurde. Ebenso das darauffolgende Altenheim (schon nach 1/2 Jahr). Vermutlich handelte es sich bei diesen kommerziell betriebenen Heimen um solche, die wegen fragwürdiger Praktiken geschlossen wurden.

Insgesamt konnten diese beiden Unterkünfte als zufriedenstellend bewertet werden. Es gab zwar keine hauseigenen Rehabilitationsmöglichkeiten; die Autonomie der Ex-Patienten war aber nicht eingeschränkt, nur durch die Verpflegungsform, die familienähnlich ablief, die aber von beiden Patienten nicht anders gewünscht wurde. Beide leben von Rente und Sozialunterstützung, die ihnen der Pfleger zuteilt. In beiden Fällen gibt es keine Familie mehr.

In <u>größeren</u> Heimen (bis zu 50 Heimbewohner) lebten insgesamt 6 ehemalige Patienten. Die folgenden Falldarstellungen sollen deren Situationen nach der Entlassung veranschaulichen.

Darunter befinden sich 2 jüngere männliche <u>Schizophrene</u> (1726, 1727), die in Rehabilitationsheimen der Großklinik (nach Rückverlegung auf eigenen Wunsch und Wiederaufnahme) in bester Wohngegend leben, von wo sie einer beschützten Tätigkeit nachgehen. Im Hause selbst wird durch Fachkräfte Freizeitgestaltung angeboten. Es gibt ärztliche und krankengymnastische Versorgung. Die Autonomie ist nicht eingeschränkt; sie können in ihrer Freizeit allein etwas unternehmen. Versorgung findet im Hause statt. Familienkontakte werden in einem Fall gepflegt, im anderen Fall eher abgelehnt, da die Mutter mehr auf Geld aus ist, als auf den eigentlichen Kontakt zum Patienten (1727).

In kommerziell betriebenen Heimen lebende psychiatrische Ex-Patienten (mit einer Belegung über 7 Bewohner) betrafen:

1 weiterer männlicher Schizophrener (1728) ist ein differenzierter Einzelgänger und Naturliebhaber. Er lebt in einem großen gemischten Heim in bester Wohngegend, das von einer Psychologin geleitet wurde. Patient hat Einzelzimmer, kann seinen Beschäftigungen nachgehen (Englisch und Mathematik), hätte am liebsten wieder eine Wohnung mit Selbstversorgung. Früher lebte er in WG unter ärztlicher Betreuung am Rande eines Stadtparks, wo er die Jahreszeiten habe studieren können. Als der Platz in der WG zu teuer wurde, dekompensierte der Patient ("großes Unglück, es war sehr schmerzlich, man stahl mir die Wohnung") und wurde nach erneuter Entlassung in dieses ihn sehr zufriedenstellende Heim entlassen. Patient arbeitet nicht mehr, erhält aber hohe Rente. Familienkontakt besteht insofern, als der Bruder den Patienten 2mal im Monat abholt. Zur getrennt lebenden Frau hat er keinen Kontakt, auch keine Freunde (19 J. lang in stationärer Unterbringung insgesamt, aber "23 Jahre des Eingeschlossenseins"!).

Die nächsten beiden Beschreibungen betreffen 2 Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand:

Patient (1409), der neben seiner geistigen Behinderung einen früheren Alkoholabusus diagnostisch aufwies, lebt in einem gemischten Heim (40 Betten) im 3-Bettzimmer in guter bis besserer Wohngegend in Minden, BRD. Die Verlegung nach Minden hat die damalige Leiterin seines früheren Berliner Altenheims, das aufgelöst worden war, veranlaßt. Das Heim ist ärztlicherseits versorgt, ebenso mit Pflegepersonal, aber es bestehen keine rehabilitativ orientierten Freizeitprogramme; der Ex-Patient wäre dabei auch überfordert, hält sich nur im Haus und im Hof auf, wirkt da wohlig und entspannt beim Interview. Patient hat gute Kontakte zu Heimbewohnern, mit denen er auch mal spazieren geht. Keine weiteren Außenkontakte, auch nicht zur Schwester, die in Berlin lebt, mit der er vor der ersten Einweisung (Großklinik insgesamt 8 Jahre, 9 Monate bei zwei Aufnahmen; kleinere Klinikeinheit 3 Jahre, 2 Monate, 1 Woche, 4 Tage bei zwei Aufnahmen) zusammen gelebt hatte. Umstände der früheren Einweisungen und zeitliche Abläufe waren nicht zu erheben. Wenig ergänzende anamnestische Daten, da die Merkfähigkeit erheblich reduziert war (der Patient wußte sein Geburtsdatum nicht).

Ebenso unklar blieb die Heimplazierung eines in Berlin geborenen und ursprünglich ansässigen Berliners in einem Heim in Westdeutschland. Die Vermutung liegt nahe, daß bei einer schnellen (zwangsweisen) Heimauflösung auch Plätze außerhalb Berlins in Anspruch genommen werden mußten. Eine weitere Überlegung wäre, daß die Schwester diesen Umzug betrieben hatte, um einen Vorwand zu haben, sich nicht mehr um den Patienten kümmern zu müssen. Diese Spekulation erscheint jedoch unwahrscheinlich, als zur Schwester noch in der kleineren Klinikeinheit guter Kontakt bestand. Patient erhält vom Sozialamt Minden Taschengeld.

Ein weiterer Oligophrener (1408) lebt in einem großen gemischten, offenen Heim, direkt am Kurfürstendamm, in engem 5-Bettzimmer zwischen älteren Heimbewohnern unter ärztlicher Leitung und mit Pflegepersonal. Der Ex-Patient hilft täglich bei nahegelegenem Zeitungskiosk für 3 Stunden aus, geht spazieren, zur Hitparade, zum Schwimmen, wozu er lieber 3mal als nur 1mal wöchentlich hinginge. Er beklagt sich, daß wenig Freizeitangebote im Heim bestunden und auch die Verpflegung in der kleineren Klinikeinheit besser gewesen sei, da es mehr Vergünstigungen gegeben habe (der Ex-Patient hat Tendenzen zur Adipositas als Ausdruck seiner oralen Verwöhnungshaltung). In der kleineren Klinikeinheit arbeitete er in einer geschützten Werkstatt. Er möchte gern wieder mehr arbeiten, sozusagen seinen Tag mehr strukturiert haben, der sehr langweilig verläuft, jedoch fragliche Förderung von der Heimleitung. Familienkontakt besteht zur Mutter, 1mal im Monat. Dazu kommentiert der Pfleger: "sehr ungünstig". Der Patient erhält keine Rente. Verdienst und Taschengeld entsprechen jedoch der Höhe des normalen Satzes des Sozialamtes. Außenkontakte zu Barmädchen. -

Dieser jüngere (31-jährig) Patient könnte trotz geistiger Behinderung in anderer Einrichtung (z.B. Heilpädagogischem Zentrum) besser gefördert werden. Nicht umsonst möchte er auf Station zurück, obwohl er auch die Freiheit am Kurfürstendamm schätzt.

Der letzte psychiatrische Ex-Patient der Heimverlegung (1510), der im Verlegungsjahr mit der Diagnose Alkohol- und Schlafmittelabusus entlassen wurde (insgesamter Verweilzeitraum in Großklinik 2 Monate einmalig; kleinere Klinikeinheit 3 Monate, 2 Wochen, 6 Tage einmalig), wurde in großem gemischten Heim in Berliner Feudallage im Grünen in Kurfürstendammnähe angetroffen, wobei diese zentrale, bevorzugte Lage dem Patienten wenig nutzte, weil er bettlägerig war (frühere Körperbehinderung: mit 9 Monaten Poliomyelitis des re. Beines) und wegen eines operierten bösartigen Zungentumors kaum mehr sprechen konnte. Patient liegt in einem 2-Bettzimmer, hat vom Heim wenig Ansprache außer einem unruhigen Zimmergenossen, der sehr belastend wirkt. Kontakt zur Familie besteht nicht. Besuch erhält er 1mal wöchentlich für 1/2 Stunde von einem langjährigen Freund. Das Heim wird von einem Sozialarbeiter geleitet, ärztlicherseits im Konsiliardienst versorgt. Pflegekräfte sind vorhanden, aber keine gezielten Freizeitangebote. (Patient könnte mit Rollstuhl befördert werden) Für diesen schwerstkranken 56-jährigen Patienten ist dieses Heim, das die Autonomie der anderen Patienten eher fördert, in dem Patient erst seit 1/2 Jahr lebt (das Heim, in dem er während der 10 Jahre seit seiner Entlassung lebte, wurde aufgelöst), eher der falsche Ort, da dieser Patient mehr pflegerischer Zuwendung bedürfte statt der Unruhe, die sich auch während des Interviews in seinem Zimmer abspielte.

Insgesamt waren die Unterkünfte in den Heimen erstaunlich gut, in jedem Fall erfreulicherweise besser als vermutet. Nur bezogen auf die letzten beiden entlassenen Patienten bestanden Bedenken der Untersucherin hinsichtlich einer fraglichen Fehlplazierung.

Außerdem waren die Einblicke nicht sehr umfänglich, so daß diese Beurteilung insgesamt nur vorsichtig formuliert werden darf: Die Arbeitshypothese kann so folglich eher nicht bestätigt werden. Strukturierte Nachsorgeprogramme gab es zwar nur in den beiden Rehabilitationsheimen der Großklinik, in den anderen kleinen und großen kommerziell betriebenen Heimen wurde jedoch eine gewisse persönliche Autonomie gefördert, die sich in eigenen Unternehmungen äußerte.

Möglicherweise hat diese relativ günstige Heimsituation in Berlin auch damit zu tun, daß der Heimbereich bislang vom Senat subventioniert wurde. So bestand auch eine gute ärztliche und/oder konsiliarärztliche Betreuung der Heime. Vermutlich sind jene Einrichtungen, in die Patienten zunächst entlassen wurden (bei diesen 8 Patienten waren allein 4 im Gespräch), die diesen Ansprüchen nicht entsprochen haben, aufgelöst oder geschlossen worden.

2.2.0 Psychiatrische Einrichtungen

Sogenannte "Chroniker" sind Dauerpatienten, die dazu neigen, nicht von sich aus die Chancen für eine Entlassung aus psychiatrischer Verwahrung positiv zu beeinflussen.

Obwohl eine Reihe dieser Langzeitpatienten (siehe auch Ergebnisse des therapeutischen Reisens in: Kap. III.10.2.2 Patientenreisen als Therapie am anderen Ort) durchaus fähig wären, außerhalb stationärer Unterbringung in geschützten Wohnunterkünften auch mit einem mehr oder weniger großen Maß an Selbständigkeit und Selbstversorgung zu leben, sind chronisch-psychiatrische Patienten häufig gezwungen, stationär zu verbleiben. Gemessen am Standard unserer wohlhabenden Gesellschaft stellt sich die Lebensqualität auf den meisten chronischen Abteilungen, die den Betroffenen angeboten werden, eher als dürftig dar (vgl. MC KECHNIE et al. 1974, 77).

Mangels entsprechender nachsorgender Einrichtungen müssen die meisten stationär verbliebenen Patienten gegenwärtig die Nervenklinik als ein "Zuhause", als "Arbeits"-Platz, als "Erholungs- und Freizeit"-Raum nützen. Angesichts dieser Situation stellt sich das Problem, wie den Bedürfnissen dieser langjährig chronisch Kranken in einer psychiatrischen Einrichtung am besten entsprochen werden kann.

Im zeitlichen Rahmen des 10-jährigen Verlaufes wurde 1975 eine psychiatrische Nachsorgeeinrichtung in Kliniknähe eröffnet, die nun im nächsten Kapitel vorgestellt wird.

In diese Einrichtung konnten fünf Patienten entlassen werden. Wie sich das Leben der auf Station der kleineren Klinikeinheit verbliebenen 17 Patienten der Kohorte gestaltete, wie sich schrittweise die innere Einstellung der Patienten und der pflegerischen Kräfte anderte und zu welchen Entwicklungen dies führte, soll in einem nachfolgenden Kapitel dargestellt werden.

2.2.1 Heilpädagogisches Zentrum (HPZ)

"Nur wer krankenhausbedürftig ist, also des medizinischen, technischen und personellen Aufwandes eines Krankenhauses bedarf, soll stationär im Krankenhaus behandelt werden." (Enquête zur Lage der Psychiatrie, 1976, 205) Dieser schon länger bestehenden Forderung wurde in Berlin mit der Eröffnung des Heilpädagogischen Zentrums (genannt HPZ) 1975 insofern entsprochen, als sich die Erwachsenenabteilung des HPZ als "psychiatrisches Fachkrankenheim" für Erwachsene versteht. Hier wurde gerade in der Betreuung Erwachsener seelisch-geistig Behinderter nicht die medizinische verwahrende Versorgung, sondern u.a. die heilpädagogisch ausgerichtete Aktivierung der Betroffenen schwerpunktmäßig in den Vordergrund gestellt.

Im Vollzug der Entflechtung der Psychiatrie von vorwiegend biologisch-naturwissenschaftlichen Konzepten und der Verflechtung auch ihrer wenigen nachsorgenden Einrichtungen mit sozial-psychologischen und -pädagogischen Aufgabenstellungen

1. ist die Rückwirkung auf den Raumbedarf zu beachten, der eine Palette von beschäftigungstherapeutischen Gestaltungsräumen, Werkstätten zur Arbeitstherapie, vermehrtes Angebot von Wohneinheiten mit Begegnungsmöglichkeiten, Gruppenräume, Gymnastik- und Spielräume, nachtklinische Unterkunftsräume usw. erfordert;

2. bedarf sie einer Vielzahl qualifizierter Kräfte, die fähig sind, die Entwicklung einer weitgehenden Verselbständigung der betroffenen geistig- und seelisch behinderten Gruppe zu tragen und in kleinen Schritten zu begleiten.

Dies ist im HPZ in einer glücklichen Verbindung angelegt.[1)]

An der Konzeption war u.a. auch der Chefarzt und ein Oberarzt der kleineren Klinikeinheit beteiligt. Neben der Heimunterbringung für Jugendliche über 18 Jahre war zunächst eine Station für alte, pflegebedürftige psychisch Kranke - um einen akuten Bedarf in Berlin zu decken - vorgesehen. An einer bevorzugten Stelle Berlins wurde auf einem 20.000 qm großen Areal ein Bau nach vergleichbaren schwedischen Rehabilitationseinrichtungen - pädagogisch-therapeutischen Zielsetzungen folgend - am Havelufer errichtet. Die Anlage erhebt sich terrassenförmig zu 5 Etagen. Für jeden Bewohner stehen 63 qm zur Verfügung.

Bei der Eröffnung im Februar 1975 wurde von Senatorenseite betont, daß neben einer beispielhaften Rehabilitationsstätte für Jugendliche hier auch dem Modell eines psychiatrischen Krankenheimes "zur Geburt verholfen" wäre.

"Es handelt sich demnach um eine neue Konzeption für solche psychisch Kranken, die einen erhöhten Pflegeaufwand benötigen, zugleich aber auch in gewissem Umfang rehabilitationsfähig sind. Durch therapeutische Angebote soll erreicht werden, sie möglichst von der Pflege unabhängig zu machen und in ihre gesellschaftlich beschränkte Umgebung zu integrieren." (BÄUMER 1977, 6)

---

1) Als Vorlage der folgenden Darstellung dient neben eigenen Eindrücken des HPZs ein Zwischenbericht über eine 2-jährige Arbeit, verf. von Angelika Bäumer, Sportpädagogin im HPZ (1977).

Die jüngeren Bewohner leben in Wohneinheiten (Nester genannt) mit jeweils 144 qm großen Außenterrassen. Der günstigen Raumaufteilung zufolge, nämlich

- 1 4-Bettzimmer
- 1 2-Bettzimmer
- 1 großen Wohnraum
- 1 Küche
- 1 Toilette
- 1 Betreuerzimmer mit eigenem Bad

handelt es sich offensichtlich um keinen Stationsbetrieb, sondern um familienähnliche Verhältnisse und -bezüge. Die Zusammensetzung der in einem Nest lebenden Gemeinschaft von 8 Bewohnern erfolgt nach medizinischen und psychologischen Gesichtspunkten.

Insgesamt sind 2 Etagen des Hauses mit geistig behinderten jungen Menschen und 2 Etagen mit chronisch psychisch Kranken belegt.

Das obere Stockwerk ist wegen seiner besonderen Pflegemöglichkeiten (u.a. unmittelbarer Zugang zur Straßenauffahrt) für die alten pflegebedürftigen Bewohner eingerichtet.

Die therapeutische Zielsetzung ist primär durch heilpädagogische Konzepte der "Suche nach offen gebliebenen Möglichkeiten" (BACH bei BÄUMER 1977, 7) geprägt, d.h. eine weitestgehende Verselbständigung, ein Umgänglich- und Anstelligmachen wird angestrebt.

Für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, die im Vordergrund steht, stehen 8 Fachkräfte zur Verfügung, die unterschiedliche Programme dem unterschiedlichen Krankengut anbieten:

- in der Altenpflege die einfachen Handarbeiten
- die industrielle Teilfertigung einschließlich Verpackungs- und Papierarbeiten für die bildbaren Jugendlichen, die das Ziel der Überleitung in geschützte Werkstätten außerhalb des HPZ haben.

Aus der zunächst spielerischen Beschäftigungstherapie sollen Arbeitsmöglichkeiten so weit gefördert werden, daß der Anschluß an andere Einrichtungen zur Arbeit gelingt.

Die Angebote des HPZs, die eng umschriebene, differenzierte, psychische, physische, lebenspraktische Therapieziele zur Grundlage haben, können im einzelnen nicht aufgeführt werden. Nur so viel sei gesagt, daß neben Beschäftigungs-, Mal- und Arbeitstherapie, auch schulischer Unterricht, insbesondere körperliche Ertüchtigung und der Sport eine Vorrangstellung innerhalb der Pädagogik einnehmen, so auch im HPZ. Zwei Sportlehrer, ein außerordentlich gut ausgerüsteter Gymnastiksaal und eine Schwimmhalle mit 28 - 30 Grad erwärmtem Wasser laden hierzu ein.

Die Leibesertüchtigung soll den Menschen den natürlichen Kontakt des Lebens und seiner Sinne ermöglichen, damit er sich seelisch und körperlich regeneriert. Es handelt sich nicht so sehr um eine Therapie, sondern um ein Neuentdecken und Wiederfinden alter, ganzheitlicher Verhältnisse.

Die weiblichen und männlichen Betreuer sind beruflich unterschiedlicher Herkunft (Sozialarbeiter, Erzieher, Krankenpfleger), sollen jedoch auch schon wegen unterschiedlicher Rollenverteilung in den familienähnlichen Verhältnissen umfassender ausgebildet sein, als es ihre eigentliche berufliche Qualifikation erforderlich macht. Es werden deshalb auch laufend Fortbildungsangebote wahrgenommen. Die Aufgabenbereiche der Betreuer gliedern sich wie folgt:

a) Beaufsichtigung der persönlichen Sauberkeit
b) Überwachung der Medikamenteneinnahme
c) Pflege des sozialen Kontaktes während der gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten
d) Motivierung der Patienten für die Aktivitäten im Hause
e) Freizeitgestaltung

Zur Förderung der individuellen Selbständigkeit werden die häuslichen Arbeiten im Wohnbereich mit den Patienten gemeinsam verrichtet.

Das Patientengut schlüsselte sich 1977 wie folgt auf:

- 16 Alterskranke
- 28 psychisch Behinderte
- 73 geistig Behinderte (davon 23 unter 21 J.)

Da ein geistig Behinderter ab dem 16. Lebensjahr im HPZ verbleiben kann, schrumpfen die Unterkunftsmöglichkeiten für die psychisch Kranken; geplant war, daß etwa innerhalb von 10 Jahren, d.h. 1987, die Einrichtung nur mehr den geistig behinderten Gruppen zur Verfügung steht.

Dies wirkte sich aber schon früher aus. Je mehr die geistig Behinderten in dieser Einrichtung Raum gewannen, destoweniger hatten z.B. chronisch psychisch Kranke die Möglichkeit, nachzurücken. Außerdem ist z.B. für einen chronisch schizophrenen Patienten das Zusammenleben mit einer Mehrzahl von jugendlichen geistig Behinderten ebenso unzumutbar, wie dies auch umgekehrt der Fall ist: Die Kommunikation läuft auf Ebenen, auf denen man einander nicht mehr verstehen kann oder sich völlig unter- oder überfordert fühlt.

Das drückt sich auch an den Verlegungen der kleineren Klinikeinheit aus, die vom Konzept her ursprünglich den Kontakt zum HPZ pflegte, es außerdem mit 2 Ärzten in Nebentätigkeit versorgt. Es konnten jedoch trotz der engen Verbindung der beiden Einrichtungen nur insgesamt 5 Patienten aus der Kohorte im Monat der Eröffnung des HPZs dahin verlegt werden (die Verlegung eines weiteren psychotischen Patienten scheiterte nach wenigen Tagen; zu späteren Verlegungen von Patienten der Kohorte kam es nicht mehr).

Die Verlegung betraf:

2 Alkoholerkrankte und ursprünglich
3 Patienten mit geistigem Entwicklungsrückstand,

wovon 1 Patient (0401) nach einer Hernienoperation 2 Jahre nach Entlassung ins HPZ verstarb (Diagnose: Morbus Langdon down), wobei bis zuletzt ein guter Kontakt zur Mutter bestand, der von beiden getragen wurde.

Der bei der Verlegungsaktion 26-jährige Patient (1407) mit geistigem Entwicklungsrückstand (infolge einer frühkindlichen Meningitis) und oralen und anankastischen Fehlhaltungen, Zwangswaschungen (2-jährig sauber, wobei Patient erst mit 4 Jahren laufen lernt!), depressiven Verstimmungen, fügte sich nicht mehr in den Heimbetrieb ein. Zunächst von den Großeltern als Kind ihres gefallenen Sohnes aufgezogen, setzten diese erzieherisch keine Grenzen und nährten ungerechtfertigte

Anspruchshaltungen, die Schuld an vielen seiner Fehlhaltungen sind. Daneben bestanden Androhungen von Liebesentzug. Im Verlauf zeigt der Patient geringe Frustrationstoleranz mit Nahrungsverweigerung als Trotzreaktion. - Im HPZ fühlt sich der Patient wohl, betreut andere, hilflosere Patienten, schaut nach deren Sauberkeit; verdient täglich etwas zur väterlichen Rente und ist dem Betreuerstab liebevoll zugewandt. Besuche bei der Mutter in Hamburg sind schwer zu verkraften, da sich diese von ihm distanziert ("meine Mutter mag mich nicht"). Die Großmutter kann infolge eines Schlaganfalls nur noch selten zu Besuch kommen, was der Patient bedauert.

Ein weiterer Oligophrener (1406), der auch während des Interviews Jactationen des Oberkörpers beibehielt, kam 23-jährig anläßlich des Schlaganfalls seiner Mutter zur ersten Unterbringung. Patient ist allein existenzunfähig, selbst- und fremdgefährdend, leidet unter Erregungszuständen aggressiver Art. - Im HPZ ist der Patient gut integriert; er macht Gymnastik und geht schwimmen und spazieren. Früher arbeitstherapeutisch gefördert, zum Zeitpunkt der Spätkatamnese nicht mehr. Er erhält keinerlei Besuche, da alle Verwandten gestorben sind.

Bei den 2 Alkoholerkrankten handelte es sich um:

1 bei der Verlegung 48-jährigen Patienten (1508), der neben einem Korsakowsyndrom zwangsneurotische Züge hatte (zwanghaftes Kratzen im Nacken führte häufig zu Furunkeln). Der Patient wurde erstmalig aufgenommen, da er seine verstorbene Mutter im Prädelir suchte, an der er besonders gehangen hatte. 15-jährig verstarb der Vater des Patienten, was psychodynamisch zur Wiederbelebung ödipaler Konflikte führte. Der Patient war 30 Jahre als Bankkaufmann (Mittlere Reife, abgeschlossene Lehre) tätig. Patient hat nicht geheiratet, da die Ablösung von der Mutter nicht gelang. Sie duldete keine andere Frau neben sich. - Der Patient erlebt sowohl stationäre als auch Unterbringung im HPZ als lebenslänglichen Freiheitsentzug. Er arbeitet in einer Schlüsselfabrik und weiß sich auch in seiner Freizeit mit Unterhaltungslektüre zu beschäftigen. Es besteht kein Außenkontakt, aber freundliches Zugewandtsein zu einem Zimmergenossen. Wegen Verwahrlosungszügen muß die Körperhygiene beachtet werden. Die Rente ist eingereicht. Der Patient erhält Päckchen und Briefe, aber keine Verwandtenbesuche.

Der bei der Verlegung 54-jährige, geschiedene Patient (1509), Tischlergeselle, war der Mittlere von 4 Brüdern, die alle das Tischlerhandwerk lernten (Vater hatte Tischlerei), wurde wegen Selbstgefährdung und Verwirrtheitszustand untergebracht. Er hatte im Verlauf wenig Kontakt zu anderen Patienten, dafür aber guten Kontakt zur Familie. - Im HPZ ist der Patient in die Arbeitstherapie gut integriert; in der Freizeit macht er Spaziergänge mit Zimmergenossen, jedoch nicht allein, da er nicht genügend örtlich orientiert ist. Der Patient erhält Rente und monatlich Besuch von Bruder und Tochter.

Anhand dieser vier Fallbeispiele wird deutlich, wie u.a. die Selbständigkeit von ehemaligen stationär psychiatrischen Patienten in entsprechenden Nachsorge-Einrichtungen gefördert werden kann und dadurch eine angemessene Lebensqualität dieser weiterhin geistig und psychisch Behinderten erreicht wurde.

2.2.2 Umwandlung einer Chronikerstation der kleineren Klinikeinheit: Von der Verwahrung zur Langzeitrehabilitation

Das Thema dieses Kapitels soll zunächst mit einer Frage eingeleitet werden:

a) Wer sind die in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen Patienten der Kohorte und
b) haben diese die stationäre Behandlung noch nötig?

Bei Prüfung läßt sich der erste Teil der Frage relativ rasch beantworten (vgl. hierzu: Verbleib in Institutionen, Kap. IV.2.0, S. 375). Es handelte sich dabei - neben der bei chronisch Kranken vorzufindenden Pathologie - ganz allgemein um 17 in geistiger und seelischer Hinsicht schwerst behinderte Patienten. Dazu gehörten die abgebauten Patienten; die zur Verwahrlosung neigender existenzunfähigen Patienten mit primär geistigem Entwicklungsrückstand; desweiteren die ängstlichen und/oder die Patienten, die die stärksten Bedürfnisse nach regressiver Versorgung bekundeten. So sind verblieben:

1 ängstlicher Organiker (Pat. 1205), der neben seiner symptomatischen Epilepsie, die zunächst im Vordergrund stand, auch durch akustische Phoneme belästigt wird und eine geistige Minderbegabung infolge frühkindlicher Hirnschädigung aufweist. Im Verlauf kam es zwar zu weniger Krampfanfällen, aber vermehrt zu tätlichen Durchbrüchen. Ebenso nahmen anankastische Neurotizismen zu (Außerhalb des 10-jährigen Verbleibs in kleinerer Klinikeinheit einmal 9 Monate in Großklinik).

4 Oligophrene, die durch angeborene Hirnschädigung schwerstbehindert sind, wobei sich Patient 1402 und Patient 1405 wohl am wenigsten selbst versorgen können, aber sich gut in die Kleingruppen der Patientenreise einfügten.

Patient Nr. 1403 mit Nebendiagnose einer genuinen Epilepsie, der massive Zwänge weist und die Station so gut wie gar nicht mehr verläßt (war früher noch in Buchbinderei im Hause tätig).

Patient Nr. 1404, der wegen Verwahrlosungszügen auch in Form kleinerer Diebstähle außerhalb der Klinik (z.B. im Heim oder HPZ) nicht tragbar ist.

Außer dem Patienten Nr. 1402, der bis zu seinem 13. Lebensjahr Privatunterricht hatte (z.B. etwas Klavierspiel), kann keiner dieser Patienten schreiben oder lesen oder kleinere Rechenaufgaben lösen.

Außer dem jüngsten Patienten (1405) der Kohorte (inzwischen 25 Jahre), der sich nach einer Heimkarriere nur 5 Monate, 3 Wochen in der Großklinik befunden hatte, beliefen sich die Verweilzeiträume in der Psychiatrie der anderen 3 Oligophrenen auf 29 Jahre, bei 2 Patienten sogar auf 33 Jahre.

Zwei abgebaute Alkoholerkrankte: Patient 1505 mit Korsakowsyndrom ist besonders regressiv (inkontinent), lebt jedoch beim Interview auf infolge des bekundeten Interesses, das er in der Form sonst nicht erhält. Er beantwortete alle Fragen zügig und präzise. Immerhin hatte er vor seiner Trunksucht einmal einen großen bäuerlichen Betrieb bewirtschaftet (Verweilzeiträume insgesamt knapp 15 Jahre).

Patient 1506 - Alkoholepilepsie mit nachfolgender epileptischer Wesensänderung - ist Kalfaktor der Station und wird diese nie mehr verlassen. Er bewacht die Stationstür wie ein Zerberus (vor der Verlegungsaktion nur insgesamt 11 Monate, 3 Tage bei 2 Aufnahmen in der Großklinik, wurde als Maurerpolier 2mal hilflos im Status epilepticus auf der Baustelle gefunden).

Eine psychotische Alterspatientin (85 Jahre), die auf der Chronikerfrauenstation weiterhin ihre blühende Symptomatik entfaltet und Verweilzeiträume in der Psychiatrie von insgesamt über 23 Jahren aufweist (1611).

9 schizophrene Patienten, davon 2 Rollstuhlfahrer: a) 1 weibliche, 88-jährige Patientin (1709) mit Spätschizophrenie. Keine verbale Verständigung mehr möglich, nimmt jedoch in anderer Form lebhaft Anteil am Stationsleben. Insgesamter psychiatrischer Verweilzeitraum knapp 23 Jahre.

b) Patient Nr. 1710, 50-jährig, schon in Großklinik sehr regressiv mit einer Tbc-Erkrankung, 2 Jahre vor der Spätkatamnese Oberschenkelhalsbruch, seitdem in Rollstuhl oder bettlägerig (insgesamter psychiatrischer Verweilzeitraum: über 23 Jahre).

Patient Nr. 1713 setzt seine regressiven Versorgungswünsche mit Suizidabsichten insofern um, als er durch einen Fenstersturz 1977 gelähmt bleibt und nun fest auf der Neurologie der kleineren Klinikeinheit mit mehreren Decubitusbeulen liegt.

Bei den restlichen schizophrenen Patienten (1711; 1712; 1714; 1715; 1716; 1724) dreht es sich um eine Gruppe von eher jüngeren Patienten (zwischen 36 - 51 J.), bei denen der stationäre Verbleib am wenigsten einzuleuchten scheint. Dabei handelt es sich aber um eher ängstliche Patienten, teilweise mit Verwahrlosungszügen, teilweise mit regressiven Bedürfnissen, die sich insofern ungünstig auswirken, als diese Patienten bei Anforderungen, z.B. hinsichtlich einer besprochenen, stufenweisen Entlassung, mit Überforderungssignalen reagieren und dekompensieren oder sich die Gefahr eines erneuten Schubes anbahnt.

Beispielhaft steht hierfür der 47-jährige Patient (1724), Mechanikergeselle, jedoch 24-jährig berentet, inzwischen in Behindertenwerkstätten arbeitend, der an der Schwellensituation zur Sexualität scheiterte (hatte als Angestellter 12 Frauen zu beaufsichtigen) und erkrankte. Dieser Patient war für die Übergangs-WG vorgesehen, jedoch ziemlich bald nach den ersten planenden Gruppengesprächen - infolge der Angst vor der Freiheit - entwickelte er erneut eine blühende Symptomatik.

Andererseits zeigte die Hälfte dieser 6 schizophrenen Patienten insgesamt psychiatrische Verweilzeiträume zwischen 19 - 30 Jahren, die andere Hälfte Verweilzeiträume zwischen 13 - 15 Jahren, d.h. lang genug, um vor den Anforderungen einer fremd gewordenen Außenwelt Angst zu bekommen.

Es zeigte sich, daß es sich bei der verbliebenen Patienten mit unterschiedlichsten Diagnosen um besonders schwerwiegende Fälle handelte, die scheinbar alle einer stationären Behandlung bedurften. - Diesen Patienten dennoch eine Chance zu geben, hieß, ihnen eine alternative Versorgung stationär anzubieten.

Die Beantwortung des zweiten Teils der anfänglichen Fragestellung läßt sich am besten durch eine Vorstellung der Veränderung im therapeutischen Umgang und im sozialen Umfeld der Station veranschaulichen.

Sowohl von der inneren Haltung als auch vom äußeren Verhalten der ärztlichen Leitung der kleineren Klinikeinheit her (und in der Gefolgschaft der des Ärztestabes) wurde auch gegenüber den chronisch-psychiatrisch Erkrankten auf "unvergängliche Grundsätze" psychiatrischen Handelns geachtet: Diese waren geprägt durch den persönlichen Kontakt mit den einzelnen Patienten, Güte und Geduld ihm gegenüber sowie "der inneren Anerkennung seiner Persönlichkeit und seiner Menschenwürde" (BLEULER 1960, 48).

Nach einer längeren Phase des "Gewährenlassens", in der sich manch langjährig untergebrachter Patient zum ersten Mal durch größere Bewegungsfreiheit und weniger rigide Reglementierungen angstfreier verhalten durfte, wurde es in der Konzeption (nicht zuletzt mit den Ergebnissen der Enquête zur Lage der Psychiatrie im Kopf) zunehmend wichtiger, den Patienten ein angemessenes Leben mit seinen Behinderungen insofern wenigstens ansatzweise zu ermöglichen, als ihm aufgrund von realen Erfolgserlebnissen (in der Fortsetzungsreihe von: Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie im Garten oder in schützender Werkstatt, Arbeit draußen) eine Zukunftsperspektive vermittelt wurde (RAVE-SCHWANK und HÜNECKE 1979, 804).

In dieser Hinsicht bedurfte es immer mehr der aktiven Hilfe des Personals. Dabei stellte sich das Problem, daß gerade das Pflegepersonal stark an die Dauerpatienten gebunden blieb. Sie zu pflegen, für sie zu sorgen bestätigte u.a. die Wichtigkeit der eigenen Tätigkeit und damit der persönlichen Bedeutung, insbesondere für jene Pflegekräfte, die selbst psychisch labil waren. Einen Patienten aus der Gruppe der Langbetreuten "loszulassen", ihn zur Entlassung vorzubereiten, kam einem Trauerakt gleich. Dabei war der sich breitmachende Eindruck der: die Besten gehen, die Schlimmsten bleiben bei uns. - Hinzu kam, daß in der ersten Zeit das Pflegepersonal im wesentlichen koreanische Schwestern waren, die auch infolge ihrer Sprachschwierigkeiten bewahrende Elemente unterstützten.

Ein Strukturwandel der Chronikerstation, der sich auf die innere Einstellung des Pflegepersonals auswirken soll, setzt Güte und Dichte der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal voraus. Dabei müssen

alle therapeutisch Beteiligten von der Überzeugung geleitet sein, daß der Begriff "chronisch" nicht mit "unveranderlich" gleichzusetzen ist (BENEDETTI et al. 1969, 231).

Obwohl sich im Verlauf Einzelne des Pflegepersonals an die Entwicklung der Langzeitperspektive angepaßt haben und sich nach einigen Jahren das Problem nicht mehr in diesem Ausmaß stellte, da zunehmend mehr der Standpunkt des Patienten und dessen Wohlbefinden "adoptiert" wurde (COSYNS et al. 1977, 500), konnten viele angelaufenen Programme nicht zu Ende geführt werden, da unter den jungen Ärzten weiterhin eine große Zurückhaltung bezüglich der erforderlichen, vielleicht weniger vorzeigbaren Aufgaben der Chronikerstation bestand, die geradezu in Verruf standen.

Auch der Patient braucht seine Zeit für die "Rollenablösung" des Passiv-Hilfesuchenden (BENEDETTI et al. 1969, 230). Durch ein abgestuftes System kleiner Schritte und dem Angebot möglichst aufeinanderfolgender echter sozialer Rollen (so im Tätig- und Verantwortlichsein) muß die stationäre Behandlung diesen zeitlichen Erfordernissen Rechnung tragen.

Wie unter den vorhandenen Bedingungen chronisch-psychiatrisch Erkrankte nach einem längeren Abschnitt der freieren Entfaltung im Rahmen des "Gewährenlassens" ohne strukturierte Programme, ebenso wie das Stationspersonal, zu einer prospektiven Sichtweise mit Zukunftsplanung, d.h. von der Verwahrung zur Entwicklung einer Langzeitperspektive geführt werden können, wird beispielhaft an der Umwandlung der chronischen Männerstation der kleineren Klinikeinheit deutlich.[1)]

Zur Charakterisierung der Patienten, des Personals und des vorgefundenen Zustandes der Station im Frühjahr 1977 gehören folgende Informationen: Es handelte sich um eine chronische Männerstation mit 40

1) Neben eigenen Erfahrungen wird als Grundlage für die jetzt folgenden Ausführungen ein Vortrag von Frau Bolk-Weischedel auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde 1978, Konstanz, dienen.

Betten, zu denen damals 17 Männer der in stationärer Unterbringung verbliebenen Patienten der Kohorte zählten. (Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese 1979 jedoch nur noch 14, da 3 in eine Übergangs-WG entlassen werden konnten. Ab 1977 ist 1 männlicher schizophrener Patient (1713) der Kohorte gelähmt infolge eines Fenstersturzes nach Entlassung auf der neurologischen Station der kleineren Klinikeinheit verblieben.) - Diese Männerstation bildete mit den 40 Frauenbetten (dabei 2 Frauen aus der Kohorte) den Chronikerbereich der kleineren Klinikeinheit.

Die Patienten insgesamt der Station lassen sich wie folgt beschreiben:

- Etwa zu je ein Drittel Schizophrene, Alkoholiker, angeborene oder erworbene Hirnschädigungen, davon etwa 10 % absolut förderungsunfähig, die jedoch "mitgetragen" werden;

- über ein Drittel der Patienten ist mindestens 15 Jahre (teilweise bis 25 Jahre) hospitalisiert und nur 10 Patienten 1 - 3 Jahre (davon naturgemäß keiner der verbliebenen Patienten aus der Kohorte).

- Alter zwischen 23 - 86 Jahre. Die Mehrzahl der Patienten zwischen 40 und 60 J.

- Zwei Drittel früher berufstätig, die Hälfte im erlernten Beruf, das restliche Drittel ist noch nie einer Arbeit außerhalb der Klinik nachgegangen.

- Überwiegend zwangseingewiesen besteht für die Mehrzahl der Patienten eine Pflegschaft bezüglich der Bereiche Aufenthaltsbestimmung und Vermögensangelegenheiten.

- 1 Patient hat draußen noch eine Wohnung;

- Kontakte insgesamt zur Außenwelt bestehen kaum;

- ein Viertel der Patienten war verheiratet, im Verlauf geschieden, verwitwet oder getrennt lebend; der Rest ist ledig.

Der gesamte Überblick unterstreicht den Eindruck, daß es sich neben den 17 Patienten der Kohorte bei den 23 anderen männlichen Patienten

der Station um "typische" Chroniker handelt, die sich bezüglich Verweildauer, sozialer Ausgangssituation, wie Beruf und Familienstand usw., von den Patienten der Kohorte ein wenig unterscheiden.

Die stationäre Versorgung im Fruhjahr 1977 ist durch folgende Momente zu charakterisieren:

- Vorgesehen ist 1/2 Arztstelle; Ärzte wechselten häufig, u.a. auch deshalb, da jeder sich auf aussichtslosem Posten wähnte;

- mehrere Änderungsversuche scheiterten so an mangelndem Durchhaltevermögen;

- neben den teilweise sehr engagierten Beschäftigungstherapie-Praktikanten, die aber nur zeitweilig vorhanden waren, arbeitete eine Musiktherapeutin ständig halbtags. Die Gartenarbeitsgruppe wurde seit Jahren wochentags durch einen nicht ausgebildeten, einer autoritär strukturierten Arbeitstherapeuten geleitet;

- auf Station sammelten sich alle für die Akutstation zu belastenden Kräfte. Diese "Auslese" des nominell mit 14 Personen veranschlagten Pflegebereichs betraf 7 Schwerbeschädigte und 6 psychisch Kranke. Fehlzeiten waren deshalb hoch, das Arbeitsklima schlecht.

"Das Selbstverständnis 'Endstation' entsprach sich bei Patienten und Personal gleichermaßen." (BOLK-WEISCHEDEL 1978, 2)

In Anbetracht dieser einschränkenden Faktoren konnte Therapie nur bedeuten eine Langzeitperspektive zu entwickeln mit primär extramuraler Blickrichtung, d.h. einer Außenorientierung. Dabei waren die angestrebten Veränderungen beim Patienten und die strukturellen Änderungen auf Station auf eine eventuelle Entlassung angelegt oder darauf. die Bedingungen der Lebensqualität der Dauerpatienten anzuheben. Dazu bedurfte es eines Überblickes über die noch existierenden Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patienten.

Innerhalb der stationären Versorgung ist die lange rehabilitative Sicht und die diagnostische Einschätzung häufig verstellt durch gewohnheitsmäßige Abläufe. Als ausschlaggebend bezüglich prognostischer

Korrektive stellten sich die drei therapeutischen Reisen mit zwei Dritteln der Patienten heraus (s. Kap. III.10.2.2 - Patientenreisen als Therapie am anderen Ort). Auf diesen wurde durch das Gemeinschafts(er-)leben in Kleingruppen mit jeweils einem Betreuer und die notwendige Selbstversorgung hinsichtlich Essen und Haushaltsabläufen den Patienten Pflichten abverlangt, die für uns zum Alltag gehören, für die Patienten jedoch nicht (mehr) selbstverständlich sind.

Gerade auf den Reisen stand bezüglich therapeutischen Bemühens nicht nur die Aktivität und das Leistungsvermögen im Vordergrund, sondern auch das Erlernen von sozialen Rollen im Sinne einer vorübergehenden "therapeutischen Gemeinschaft", wobei allen Betreuern, vor allem aber den Patienten, ein höheres Maß an Verantwortung auferlegt wurde.

Im Ergebnis setzte eine Entwicklung ein, die zum einen den Umgangsstil mit den chronischen Patienten von einem kustodialen in einen therapeutischen umwandelte, der entsprechende Veränderungen auf der Station provozierte. So wurden seitdem Stations- und Personalbesprechungen eingeführt, wobei Konflikte und Beziehungen, auch der Patienten untereinander, offen thematisiert wurden. Zum anderen ergaben sich daraus strukturelle Änderungen der stationären Versorgung, die zu einer Besserung der Lebensumstände auf Station führten.

So kam es auch zu Änderungen in der "leiblichen" Versorgung der Patienten, die nun beispielhaft an der Essensumstellung aufgezeigt werden sollen:

"Angeregt durch die Mahlzeiten in den familienähnlichen Kleingruppen während der Reise wurde der Vorschlag gemacht, daß künftig auch auf der Station das Essen nicht mehr einzeln portioniert von der Klappe geholt, sondern in festen Gruppen der Tisch gedeckt, aus den Schüsseln selbst geschöpft und gemeinsam gegessen wird. Die Ablehnung von seiten der Patienten wie des Personals war fast einhellig; mit der Befürchtung begründet, daß jeder jedem alles wegessen, kurz, daß ein Chaos ausbrechen würde. Um das Chaos zu bannen, nahmen Ärztin und Beschäftigungstherapeutin, später der Psychologe, für eine Übergangszeit, die Mittagsmahlzeit gemeinsam mit den Patienten ein und mit oberärztlichem Nachdruck konnte schließlich auch das Pflegepersonal vom Nutzen der neuen Regelung überzeugt werden.
Noch nicht jedoch die Patienten. Für sie wurde die veränderte Essensregelung zum Symbol für alles, was ihnen inzwischen mehr Aktivität abverlangte. Dies äußerte sich dramatisch in einer aggressiv geladenen

Stationsbesprechung ...: Patient (1711): "Wir wollen wieder an die Klappe! Das hatte seine Ordnung. Es wird hier alles komplizierter. Die Küche soll wieder die Portionen machen!" Patient V.: "Und überhaupt, das Arbeiten kann mir gestohlen bleiben, Ihr Sklaventreiber! Wir wollen unsere Ruhe haben. Wir sind Rentner!" Der schizophrene Patient A. fügte hinzu: "Holen Sie uns Kellner vom Kempinski!" worauf sich die Spannung in Gelächter löste. 14 Tage später meldete sich erstes Selbstbewußtsein bei den Patienten, sie verlangten die Verlegung eines aggressiven und beim Essen wenig hilfsbereiten Mitpatienten auf eine akute Station, "weil er zu unserer Station nicht mehr paßt." - (BOLK-WEISCHEDEL 1978, 3 f.)

Weitere Stationsneuerungen betrafen folgende Punkte:

- Die Station wurde insofern "wohnlicher", da sie mit einem "feudalen" Clubraum (teilweise mit Hilfe der Patienten) ausgestattet wurde;

- zum anderen konnten freundliche Tischtücher, buntes Geschirr und andere wichtige Ausrüstungsgegenstände angeschafft werden;

- selbst eine Waschmaschine konnte mit therapeutischer Begründung des Sauberkeitstrainings der Krankenhausleitung in mühsamer Kleinarbeit abgetrotzt werden.

Weitere Auswirkungen eines neuen therapeutischen Umgangsstils betraf die regelmäßigen Unternehmungen in Form von Schiffahrten, Museums- und Schloßbesichtigungen und andere Ausfluge in die Berliner Seenlandschaft, bei denen sowohl die Patienten als auch das Pflegepersonal immer weniger Ermutigung brauchten. Es stellte sich dabei heraus, daß das Pflegepersonal die Tätigkeit auf Station weniger beunruhigend fand als diejenige eines begleitenden Betreuers, was sich wiederholt in skeptischen Vorausahnungen, die Schlimmstes heraufbeschworen, äußerte. Mit der Ermunterung der sich sicherer fühlenden und dem aktiven Setzen von Anreizen, die häufig auch über das mitgenommene Essen oder andere orale Genüsse am Zielpunkt erreicht wurden, konnten diese regelmäßigen Exkursionen schrittweise zum allgemein freudigen Erlebnis ausgebaut werden: Ein weiterer kleiner Baustein im rehabilitativen Gebäude.

Im Verlauf dieser stationären Umwandlung konnte sich eine große Anzahl von Patienten in ihrem Tätigkeitsfeld verbessern, so auch 12 der damals 17 Patienten der Kohorte.

- 2 Oligophrene arbeiteten draußen in Gartenbaubetrieben (Patienten 1410 und 1411);

- 3 Schizophrene in beschützenden Werkstätten (Patienten 1714, 1716, 1724);

- 4 Patienten in der Gartenkolonne, davon 3 Schizophrene (Patienten 1711, 1712, 1715);

- 1 Oligophrener (1404) und 1 Organiker (1205);

- 1 Schizophrener draußen auf freiem Markt (1723) und

- 1 Alkoholerkrankter (1506) wurde motiviert, seine Botentätigkeit im Klinikbereich wieder aufzunehmen.

Einhergehend mit diesen Fortschritten auf der Patientenseite kam es auch zu einer Bewegung innerhalb des Personals: Eine Kerntruppe von therapeutisch Zielbewußten trug die Aktivität, die am wenigsten Kooperativen und auf kustodialen Pflegestil ausgerichteten Pflegekräfte verließen die Station infolge von Dauerkrankheit oder durch Intrigen. Stattdessen konnte therapeutisch interessiertes und kompetentes Personal, so auch eine neue Stationsleitung, eingesetzt werden.

Ein weiterer wichtiger Punkt betraf die Kontakte zum Hilfsverein 'Die Brücke', zu den Angehörigen und den Pflegern, ebenso zu der Krankenhausleitung, die durch Einladung gepflegt und verbessert wurden, so daß man zur weiteren Unterstützung der rehabilitativen Bemühungen Verständnis gewinnen konnte.

Rehabilitative Maßnahmen können jedoch Patienten auch überfordern: Zu schweren Zwischenreaktionen kam es bei 2 jüngeren schizophrenen Patienten, dabei 1 Patient (1724) aus der Kohorte.

So wird das Vorgehen in kleinen Schritten und die prospektive Einstellung der therapeutisch Tätigen (BOLK-WEISCHEDEL 1978, Skript.S.6) als wichtigster Grundsatz der stationären Langfristtherapie angesehen.

Die vorgenannten Aspekte und Erfahrungen zeigen auch die Grundlage neuer Perspektiven, die insbesondere nach der dritten Reise, 1979, nach der die Patienten wieder mehr Selbständigkeit erlangten, von den Betreuern entworfen worden sind. Diese Erfahrungen haben ohne weiteres die Möglichkeit eröffnet, daß von den 8 - 9 mitreisenden Patienten aus der Kohorte (außer den 2 Patienten, die schon in die Übergangs-WG entlassen worden waren), wahrscheinlich alle - natürlich mit unterschiedlicher Dichte eines Betreuerschlüssels - (außer dem schizophrenen Patienten 1710, der pflegebedürftiger Rollstuhlfahrer war) außerhalb einer Klinik in der beschützenden Atmosphäre von inner- oder außerklinischen Wohngemeinschaften leben könnten. Es ergaben sich Vorstellungen von WGs (hier nur für die Patienten der Kohorte aufgezeigt) folgender Betreuungsdichte:

- 3 Oligophrene in eine WG mit jeweils 3 Bewohnern und 1 Betreuer.
- 2 Schizophrene in eine WG mit einer Betreuungsdichte 1:5 Patienten.
- 2 Schizophrene in eine WG mit einer Betreuungsdichte 1:3 Patienten.

Ob diese Perspektiven realisiert werden, bleibt offen, obwohl fraglich, - da trotz zunehmender Arbeitslosigkeit z.B. von Psychologen (was auch viel kostet) und der stationären Kosten im Vergleich zur Wirtschaftlichkeit der Betreuung von nicht stationären Patienten - vermutlich in nächster Zukunft weder entsprechende Unterkünfte noch die notwendigen Stellen geschaffen werden.

Sofern also keine kostengünstigeren Alternativen geboten werden, bleibt die psychiatrische Klinik weiterhin notwendige Unterkunft und Aufenthaltsort für viele Patienten, die zwar außerhalb dieser totalen Versorgung leben könnten, andererseits sich aber auch schwertun, ihr "Heimatrecht" (REIMER 1979, 10) in der Klinik aufzugeben. - Der zweite Teil der Anfangsfrage läßt sich so nur partial positiv beantworten.

3.0 Medikation der Entlassenen, Wiederaufnahmen und Verbleib der stationären Patienten als Indikator für Stabilität

Noch im ersten Jahrzehnt nach Einführung der Psychopharmaka wurde 1962 in Untersuchungen festgestellt, daß weniger als 50 % entlassener Schizophrener ihre verschriebenen Psychopharmaka mit Regelmäßigkeit einnahmen (FORREST und HAY 1973, 137).

Dieses Problem der kontinuierlichen Einnahme von Medikamenten in der langfristigen ambulanten Behandlung Schizophrener, das zu häufigen Wiederaufnahmen führte, wurde durch die Entwicklung der Depot-Langzeit-Neuroleptika zu einem gewissen Grade behoben. Obwohl es keine eindeutigen Prädiktoren zu einer derartigen Behandlung gibt, hat sie im letzten Jahrzehnt zunehmend an Bedeutung gewonnen, da sie die Anwendung sichert, insbesondere bei jenen Patienten, die nach mehreren Schüben eine erhebliche Belastung für die Mitwelt darstellen können - wohingegen die Einnahme von Kurzzeit-Neuroleptika weiterhin von 30 - 50 % der Patienten verfrüht eingestellt wird.

So zeigen Doppelblindstudien und retrospektiv angelegte Untersuchungen (4 - 10 J.), daß sich im Vergleich zur Behandlung mit Kurzzeitneuroleptika die Aufnahmerate unter Behandlung mit Depot- und Langzeit-Neuroleptika bemerkenswert verringert, ebenso wie die stationäre Behandlungsdauer signifikant gesenkt werden konnte (TEGELER et al. 1980, 654).

Andererseits kommt es auch unter kontinuierlicher neuroleptischer Therapie bei 30 % der ambulant behandelten Schizophrenen zu psychotischen Rezidiven. Außerdem erweist sich, daß 20 % der Patienten die depot-neuroleptische Behandlung frühzeitig beenden und daß - so zeigten Langzeituntersuchungen - es bei etwa 10 - 20 % der Patienten auch ohne medikamentöse Langzeitbehandlung jahrzehntelang zu keinen psychotischen Dekompensationen mehr kommt (TEGELER et al. 1980, 654).

Neuroleptika senken die Rückfallquote primär bei den Patienten, die in engem Kontakt mit Familien leben, deren familiale Kommunikation "Verstrickung" (emotional overinvolvement families) aufzeigen, d.h. die

Behandlung mit Neuroleptika ist vorrangig dann angezeigt, "wenn emotional überfordernde Belastungen drohen" (CIOMPI 1981, 511).

Diese emotionale Überforderung können Patienten teilweise selbst antizipieren. So wurde von der Ref. während der Interviews von 2 schizophrenen Patienten (1731 und 1734) beobachtet, wie diese - mit der Begründung, sich wegen der Befragung vielleicht zu sehr aufzuregen - ihre Medikation kurzfristig für diesen Tag erhöhten. Immerhin bedeutete es für diese teilweise sehr isoliert lebenden Patienten einen erheblichen emotionalen Einbruch, ihnen so nahe zu kommen und sie in ungewohnter Weise mit Fragen zu bedrängen. Grundsätzlich wurde man jedoch freundlich aufgenommen.

Ist jedoch eine derartige Belastung nicht gegeben, dann ist die Medikation eher überflüssig, ja sogar schädlich angesichts der Verstärkung von Passivität und der Einbuße des energetischen Potentials (CIOMPI 1981, 511).

Wie die medikamentöse Begleitung der 27 nicht stationären Patienten dieser Kohorte aussieht und ob es zu Wiederaufnahmen (und Rückverlegungen) gekommen ist, und wo letztendlich die stationären Patienten verblieben sind, zeigt die folgende Tabelle.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Medikation der nicht stationären Patienten n = 27					Erneute psychiatrische Aufenthalte WA = Wiederaufnahme			Verbleib der stationären Patienten		
		gleich	mehr	weniger	Einnahme trotz Kontrolle nicht erfolgt		durchschnittl. Länge i. Monaten b. Anz. d. Pat. (Spannw.)	durchschnittl. Häufigkeit (Spannw.)	Länge u. Häufigkeit nicht eindeutig (unbekannt, unkooperativ)	Rückverlegung nach Großklinik	Verbleib i. kleinerer Klinikeinheit	Wiederaufnahmen i. and. psychiatr. stationäre Behandlung
2	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	1			1						1	
1	Persönlichkeitsstörung			1								
12	Oligophrenie	4		1	2	2	49 Mo. bei 2 (0,9-48 Mo.)	1 WA		1 (entlassen)	4	
8	Alkoholismus	2	1	1	1	1	38 Mo. bei 1	1 WA			2	1
1	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.										1	
27	Schizophrenien	6	2	3	6	1	22,6 Mo. bei 10 (0,5-48 Mo.)	4 WA (1-20)	4	2 (davon 1 Pat. entlassen)	9	5
1	nicht klassifizierbar			1								
27	Nicht-stationäre Patienten	13	3	7	10	4						
	%	48%	11%	26%	37%	15%						
24	Stationäre Patienten (der Psychiatrie)									1	17	6
	%									4%	71%	25%

Tabelle 44 Spatkatamnese Medikation d. nicht-stationären Patienten; durchschnittliche Länge u. Häufigkeit erneuter psychiatrischer Aufenthalte; Verbleib d. stationären Patienten in Absolutzahlen und Gesamtprozent (1 Pat. nicht auffindbar)

Neben der ambulanten Behandlung der nicht-stationären Patienten mit Neuroleptika, die primär die Schizophrenen betraf, wurden die übrigen Patienten neben Neuroleptika auch mit anderen Psychopharmaka (Tranquilizer) versorgt.

Insgesamt waren 23 Patienten mit entsprechender Medikation erfaßt worden. Die Medikation blieb im Vergleich zur stationären Mengengabe bei

- 13 Pat. (48 %) gleich;
- 3 Pat. (11 %) brauchten mehr und
- 7 Pat. (26 %) kamen mit weniger aus.

Von diesen erhielten 3 Patienten Langzeitneuroleptika in Form von Spritzen. Dabei handelte es sich um 2 schizophrene Patienten (1726 und 1731), wobei der letztgenannte noch eine zusätzliche tägliche Dosis eines anderen neuroleptischen Medikamentes erhielt, zum anderen um einen an einem Zungentumor erkrankten Alkoholiker.

Immerhin konnte in 10 Fällen (das ist mehr als ein Drittel - 37 %) der nicht stationären Patienten eine Einnahme dieser Medikamente ohne ärztliche Kontrolle festgestellt werden (wobei 4 Patienten nicht erfaßt wurden). Dies gibt einen Hinweis darauf, daß auch schwergestörte, chronisch-psychiatrische Patienten, die weiterhin einer medikamentösen Behandlung bedürfen,

"mit ambulanter Hilfe zu regelmäßiger Medikamenteneinnahme in der Lage sind, wenn sie die medikamentöse Therapie zu 'ihrer Sache' gemacht haben und wenn leicht erreichbare und befriedigende ambulante Therapie-Angebote vorhanden sind." (RAVE-SCHWANK und HÜNECKE 1979, 804)

Dies ist in Berlin teilweise insofern gegeben, als eine relative Dichte niedergelassener Nervenärzte besteht, die diese ambulante Versorgung übernehmen.

Inwiefern die schizophrenen Patienten mit Neuroleptika im Sinne der Folgewirkung der Passivität und Potentialeinbußen vielleicht überdo-

siert sind, läßt sich daran ablesen, daß 5 Patienten, die außerhalb von Institutionen lebten, teilweise weit vor dem Rentenalter nach der Entlassung in keiner Weise mehr einer Tätigkeit nachgegangen sind (1 Patientin - 1732 - kurzfristig). 1 Patient (1730) kehrte nach einer Wiederaufnahme in seine Familie - mit dem "Verstrickungsmuster" eines emotional overinvolvements - zurück, was - wie oben beschrieben - die weiterführende Behandlung mit Neuroleptika erforderlich macht. Schwierigkeiten bestehen sicherlich in der Einschätzung, welcher Patient eine derartige Behandlung nun weiterhin oder überhaupt nötig oder nicht nötig hat, was die Kenntnis der familialen und persönlichen Bedingungen voraussetzt. Immerhin konnte ja bei 7 Patienten die Medikation seit Entlassung reduziert werden.

Zu Wiederaufnahmen kam es bei insgesamt 13 Patienten. Es handelte sich dabei um 2 Oligophrene (1413 und 1412) bei jeweils 1 Aufnahme mit einer Verweildauer von 9 - 48 Monaten, die erneut stationär in die Großklinik eingewiesen waren. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese lebte der Patient (1412) mit Familie.

Patient Nr. 1413 lebte allein in eigener Wohnung und zeigte ebenso wie früher nach Heimkarriere eine Verwahrlosungstendenz, die zu kriminellem Handeln und in der Folge zu einer Gefängnisstrafe führte. Der Patient war 6 Monate nach der Verlegungsaktion wegen Anpassungsschwierigkeiten (aufsässig und undiszipliniert) in die Großklinik zurückverlegt worden. Von dort Entlassung, Wiederaufnahme, erneut Entlassung (Patient verweigerte Nachuntersuchung).

Zum anderen betraf es einen Alkoholerkrankten (1507), der nach 5 Monaten, 17 Tagen bei einer Aufnahme aus kleinerer Klinikeinheit (zuvor 1 Monat, 3 Wochen, 3 Tage erstmalig in der Großklinik) in einen Altersruhewohnsitz entlassen worden war. Zunächst kümmerte sich seine Tochter um ihn. Es gelang ihm jedoch nur knapp 1 Jahr außerhalb stationärer Unterbringung zu leben. Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese ist er erneut und nun ununterbrochen (bei Verweilzeiten im Allgemeinkrankenhaus) seit 38 Monaten in der Berliner Landesnervenklinik auf einer geschlossenen Station untergebracht. Der Patient, der seit Manifestwerden seiner Erkrankung sich auf einer regressiven Rutschbahn immer weiter nach unten bewegte, ist abgebaut und hat schwere mnestische Störungen. Patient erhält von Tochter und Enkelkind seltene Besuche, töpfert aber gern in der Beschäftigungstherapie.

Desweiteren sind 10 Schizophrene erneut psychiatrisch aufgenommen worden, im Mittel mit 22,6 Monaten (Spannweite von 5 - 48 Monaten) bei durchschnittlich 4 Aufnahmen (Spannweite 1 - 20 Wiederaufnahmen). Bei 4 Patienten handelt es sich um den typischen Drehtürpatienten, der infolge häufiger Rezidive mangels z.B. Krisenzentren stationär in der Psychiatrie aufgenommen werden muß. So bei:

Pat. Nr. 1713	mit 13 Wiederaufnahmen verblieb gelähmt nach suizidalem Fenstersturz in kleinerer Klinikeinheit.
Pat. Nr. 1731	etwa 5 Wiederaufnahmen in Großklinik und Landesnervenklinik zum Zeitpunkt der Spätkatamnese, aber gerade in eigener 2-Zimmerwohnung lebend als Philosoph, Theologe und Maler.
Pat. Nr. 1718	bei mindestens 20 Wiederaufnahmen seit Entlassung; besitzt eigene 1-Zimmer-Mietwohnung, befindet sich aber infolge seines Wandertriebes häufig auf Reisen (Marseille, Hamburg, Schleswig-Holstein); zum Zeitpunkt der Spätkatamnese zum 19. Mal nach Entlassung aus kleinerer Klinikeinheit als Wiederaufnahme in der Großklinik; wirkt geordnet und entlassungsfähig. In Abendschule während stationärer Behandlung erlangte er Abschluß als graduierter Elektroingenieur.
Ebenso	
Pat. Nr. 1719	erst 26-jährig bei Spätkatamnese, hat nach Entlassung aus kleinerer Klinikeinheit (6 Monate, 1 Woche, 3 Tage bei 2 Aufnahmen) 4 Wiederaufnahmen in der Großklinik, 2 in der Landesnervenklinik. Kein Lehrabschluß, nur Arbeitsversuche; wird von Eltern und Schwester 1mal monatlich besucht. Er bittet die Ref. dringend, zu veranlassen, daß er in die kleinere Klinikeinheit verlegt werde.

Neben diesen beiden letztgenannten Patienten verblieben weitere 3 Patienten der ursprünglich 10 Schizophrenen mit Wiederaufnahmen in anderen psychiatrisch-stationären Behandlungen. Dabei 2 weitere Patienten dieser Diagnosensubgruppe in der Großklinik:

Pat. Nr. 1717 — mit mehreren Wiederaufnahmen seit Entlassung aus kleinerer Klinikeinheit, der trotz seiner inzwischen 36 Jahre immer wieder in das alte pathogene Milieu mit seiner schizoiden Mutter zurückkehrte; hat keinen Abschluß, zwar 2 1/2 Jahre Handelsschule, 4 Jahre Abendschule, wobei die Mutter illusionäre Erwartungen bezüglich utopischer Berufsziele fördert, den Patienten aber einmal wie ein kleines Kind bevormundet, andererseits als Partnerersatz behandelte und ihn "umgarnt".

Pat. Nr. 1721 — wurde nach 3 Jahren, 11 Monaten, 23 Tagen aus kleinerer Klinikeinheit bei 1 Aufnahme (zuvor Großklinik 6 Jahre, 2 Monate, 4 Wochen, bei 5 Aufnahmen) in ein Heim entlassen. Dort hielt er es nur 1/2 Jahr aus. Ließ sich in Großklinik aufnehmen (Freiwilligkeitserklärung), befand sich zunächst auf offener Station, später, 1975, auf geschlossener Station; wenig Kontakt zu Patienten. Ein jüngerer, ebenso schizophrener Bruder holt ihn hin und wieder zu einem Besuch ab, wenn er nicht selber stationär untergebracht ist. Ursprünglich verwahrlostes Zuhause, extreme Härten (Vater Trinker, Mutter debil, 1 Bruder -7 Freitod im Wasser).

In der Landesnervenklinik Zwiefalten befand sich der

Pat. Nr. 1722 — seit Mitte 76 dort aufgenommen, kurz vor der Entlassung stehend. Patient ist der einzige Akademiker der Kohorte, ein Dipl. Ing. - 13-jährige Ehe - Scheidung - seltene Briefe der Tochter, die ebenso wie der Sohn ("ewiger Student") in Berlin wohnt. Patient kam ursprünglich nach Westdeutschland, da er einen Onkel und Tante in Ulm hatte, die sich um ihn kümmerten, so auch bei seiner Entlassung, inzwischen aber verstorben sind.

Es ist insgesamt zu 3 Rückverlegungen in die Großklinik gekommen.

Der oligophrene Pat.Nr.1413, 16-jährig bei der Verlegung, der strafverlegt wurde, lebt zum Zeitpunkt der Spätkatamnese draußen in eigener Wohnung (s. S. 403 dieses Kap.).

Zum anderen handelte es sich um 2 schizophrene Patienten, die auf eigenen Wunsch in die Großklinik rückverlegt wurden.

Pat. Nr. 1726 — 31-jährig bei der Verlegung mit der Diagnose einer Schizophrenie bei Oligophrenie mit Alkoholmißbrauch (ist Kind einer schizophrenen Mutter, die jahrelang selbst in Nervenheilanstalten zubrachte und verstorben ist als Pat. 6 J. alt). Viele Heimaufenthalte; Pat. ist bis zum Zeitpunkt der Spätkatamnese nie einer geregelten Tätigkeit nachgegangen, inzwischen aber geht er aus Rehabilitationsheim der Großklinik (in die er 6 Monate, 1 Tag nach der Verlegungsaktion rückverlegt wurde) in beschützten Betrieb. Der Wunsch zurückverlegt zu werden sei dadurch motiviert gewesen, als er in der kleineren Klinikeinheit nicht habe arbeiten dürfen (?).

Es zeigt sich bei diesem Patienten und dem o.g. Oligophrenen, daß auch die Großklinik vermehrt in den letzten Jahren ihre chronischen Patienten zu entlassen oder zu rehabilitieren sucht. Möglicherweise hat sich bei diesem Patienten so viele äußere Bewegung in eine innere Bewegung umgesetzt. Zum anderen sind diese beiden Patienten vermutlich im Laufe der Jahre "erwachsener und selbständiger" geworden, da es sich bei beiden, zumindest auch in der Nebendiagnose um einen geistigen Entwicklungsrückstand handelt.

Pat. Nr. 1720 — mit der Diagnose einer Spätschizophrenie wünschte allerdings aus einem gegenteiligen Grund zurückverlegt zu werden. Der bei der Verlegung 41-jährige Patient wurde im Verlauf geschieden, zeigte starke Verwahrlosungszüge und Weglauftendenzen. Nach dem zweiten Flüchtigwerden wurde er auf eigenen Wunsch aus der kleineren Klinikeinheit nach

2 Jahren, 5 Monate, 4 Wochen Verweildauer in die Großklinik rückverlegt, weil man ihn dort in Ruhe ließ. Seitdem ist er dort auf geschlossener Station, da er weiterhin Tendenzen zum Weglaufen zeigt, alles von der Straße ißt und exhibiert. Auf der Station vergißt er schnell die Aufgabenstellung, ist froh, wenn man sich nicht um ihn kümmert. Auch dieser Patient war seit Erkrankungsbeginn auf einer steilen regressiven Rutschbahn, da er vor der psychiatrischen Einweisung (nach einem stationären Aufenthalt in einem Allgemeinkrankenhaus, wo er wegen schwerer Zwangshandlungen entlassen werden mußte) zu Hause sein Bett nicht mehr verließ und seine Notdruft im Zimmer verrichtete. Dieser Patient wird wohl immer ein Patient der Psychiatrie bleiben.

Als Indikator für Stabilität oder Nichtstabilität gibt die Medikamenteneinnahme bzw. die Wiederaufnahmerate zwar kein aussagefähiges Bild über die Krankheitsbewegung oder deren Zurruhekommen, zeigt jedoch zumindest, daß eine große Anzahl entlassener Patienten durchaus in der Lage sind, ihre verschriebenen Medikamente ohne ärztliche Kontrolle einzunehmen, und daß sie, selbst wenn es zu Rezidiven kommt, in der Mehrzahl (s. Falldarstellungen der Drehtürpatienten) darauf hindrängen, wieder entlassen zu werden, um ein selbständigeres Leben außerhalb stationärer Versorgung wieder aufzunehmen, und daß es eher an den ambulanten Einrichtungen fehlt, die von rückfallgefährdeten, sich in Krise befindlichen Patienten aufgesucht werden könnten, um sie kurzfristig zu stabilisieren, ohne daß sie unbedingt stationär untergebracht werden müßten.

4.0 Soziale Kontakte

In diesem Kapitel sollen die vorhandenen mitmenschlichen Kontakte der 52 noch lebenden Patienten untersucht werden.

Unter der Zielvorstellung der Rehabilitation-(Chancen) ist der zwischenmenschliche Kontakt maßgeblicher Faktor einmal für die Entlassung, bzw. dafür, nicht wieder aufgenommen werden zu müssen, zum anderen für die stationär verbliebenen Patienten als brückeschlagendes Element nach draußen.

Es soll unter diesem Gesichtspunkt folgende Arbeitshypothese überprüft werden:

Je besser der zwischenmenschliche Kontakt, desto eher kann den Schäden der durch die Krankheit und den Institutionalismus hervorgerufenen sozialen Isolierung entgegengewirkt werden.

Anhand der folgenden Tabelle läßt sich - wie schon an anderer Stelle dieser Studie erörtert - feststellen, wie grundsätzlich gering die einzelnen Kontakte der Kohorte zur unmittelbaren Familie waren.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Qualität der Partnerkontakte			Kontakte zu Kindern: Häufigkeit i. Monat			Kontakte zu and. Familienangehörigen: Häufigkeit i. Monat			Kontakte zu Freunden und ähnl. Bezugspersonen: Häufigk. i. Monat	Familie grundsätzlich vorhanden: kümmert sich nicht oder kaum	Kontakte zu Familie i. der DDR: 1-2 Mal im Jahr	nicht eruiert
		unbefriedigend	zufriedenstellend	gut	1-2 Mal	3-4 Mal	häufiger	1 2 Mal	3-4 Mal	häufiger	1-2 Mal			
2	andere organisch psychiatr. Erkrankng.		1					1						
1	Persönlichkeitsstorung													
12	Oligophrenie							3	2	1		3	1	1
8	Alkoholismus	1			1		1	1		1	1	3	1	
1	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.				1			1						
27	Schizophrenien		1	1			1	7	5	2	1	5	2	1
1	nicht klassifizierbar		1											
52	Insgesamt	1	3	1	2		2	13	7	4	2	11	4	2
	%	2 %	6 %	2 %	4 %		4 %	25 %	13 %	8 %	4 %	21 %	8 %	4 %
	Kontakte insgesamt	5			4			24			2		4	
	%	10 %			8 %			46 %			4 %		8 %	

Tabelle 45 Spätkatamnese: Kontakte zu Partner, Familienangehörigen oder anderen Bezugspersonen; Qualität und Häufigkeit in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Nur 5 Patienten (10 %) haben überhaupt noch Kontakt zu Partnern, dabei sind 3 der Entlassenen noch verheiratet. Außer diesen

hatte der stationär verbliebene schizophrene Patient (1711) 14-tägigen Kontakt zu seiner geschiedenen Frau.

Der nicht klassifizierbare Patient (1801), der draußen in einem Heim zufriedenstellend untergebracht ist, pflegt 2 - 3mal wöchentlich Kontakt zur langjährigen Partnerin, die er schon während des Klinikaufenthaltes kannte. Patient fühlt sich insgesamt wohl und lebenslustig.

Die Differenzierung der Qualität dieser Partnerkontakte erscheint bei der geringen Anzahl eine 'quantité negligeable'. So ist in jedem Fall ja auch ein schlechter Kontakt besser als kein Kontakt.

Kontakte zu Kindern, mit denen ja ohnehin nur 17 Patienten (aus nur 3 diagnostischen Subgruppen) ursprünglich gesegnet waren, waren noch weniger zahlreich, nämlich nur bei insgesamt 4 Patienten (8 %) eruierbar.

Zum Zeitpunkt der Katamnese (s. Kap. III.2.0 - Anzahl der Kinder und Familienstand) hatten noch 7 Patienten gute Kontakte zur Familie, 2 Patienten weniger häufige, 5 Patienten mit Kindern konnten damals in deren Familien entlassen werden.

Inzwischen waren eine Reihe von Patienten (mit Kindern) verstorben. Zum anderen nimmt erfahrungsgemäß mit der langen Hospitalisierung die Höhe der Besuchsfrequenz ab (JONAS et al. 1969, 75).

Es erstaunt daher nicht, daß von diesen 4 Patienten mit Kontakten zu ihren Kindern 3 sowieso schon außerhalb der stationären Psychiatrie leben und nur

die 1 psychotische 83-jährige Patientin (1611), die auf der Frauenstation der kleineren Klinikeinheit verblieben ist, etwa 1mal monatlich Besuch ihrer unehelichen Tochter erhält.

Die ehemals alkoholabhängige Expatientin (1512) lebt mit der Enkelin und im Umfeld der weiteren Familie (Tochter und Bruders Familie), zu denen sie häufigen und guten Kontakt pflegt und mit denen sie auch verreist. Diese Patientin hatte aber insgesamt nur eine kurze psychiatrische Verweildauer (weniger als 4 Monate), so daß trotz 9-jährigem

manifesten Alkoholabusus die Prognose bezüglich einer stabilen sozialen Rückkehr eher günstig lag, insbesondere als die ehemals aus Einsamkeit trinkende Patientin wieder in den Schoß der Familie aufgenommen worden war.

Ein weiterer ehemals alkoholabhängiger Patient (1509) war in das HPZ entlassen worden, wird dort etwa 1mal monatlich von seiner Tochter und seinem jüngeren Bruder besucht. Ein Alleinausgang ist wegen des schweren Korsakowsyndroms und der damit einhergehenden örtlichen Orientierungslosigkeit nicht mehr möglich.

Die geschiedene schizophrene Patientin (1733) lebt zwar allein in einer Wohnung, aber in unmittelbarer Nähe zur Sohnesfamilie, in der sie sich häufig bewegt, so z.B. auch das Hüten des Enkelkindes übernimmt, was sicherlich für sie eine wichtige Funktion erfüllt: Seit der Geburt des Enkelkindes gab es keine Rezidive mehr.

In der nächsten Spalte der Angehörigenkontakte fallen zunächst bei den diagnostischen Subgruppen der Oligophrenen und der Schizophrenen Häufungen auf. Hier kommt es jeweils bei wenigstens 50 % der Patienten zu monatlichen mitmenschlichen Kontakten aus dem Verwandtenkreis. Diese positiv-hohe Anzahl der Kontakte insgesamt täuscht aber eine Tragfähigkeit des sozialen Netzes vor, die nicht besteht: Das Verhindern einer sozialen Isolierung bei psychischer Erkrankung oder Dauerunterbringung ist nämlich nur dann gewährleistet, wenn es monatlich zu häufigeren Kontakten mit den familialen Beziehungspersonen kommt, was, wie oben beschrieben,

nur bei einer draußen in Eigentumswohnung lebenden ehemaligen alkoholabhängigen Patientin (1512) der Fall ist, die mit einer Enkelin lebt und die vielfältige familiale Beziehung pflegen kann.

3 weitere Patienten, die stationär in kleinerer Klinikeinheit verblieben sind (1 Oligophrener - 1405; 2 Schizophrene - 1714 und 1716) werden wöchentlich von Mutter oder Stiefmutter (bzw. Stiefschwester) besucht. Alle 3 Patienten sind durch die Schwere ihrer geistigen und seelischen Behinderung relativ regressiv bzw. kindlich abhängig.

Bei dem inzwischen 55-jährigen Patienten (1714) scheint der wöchentliche Besuch der Mutter ihn eher in seiner kindlichen Position festzunageln, ihn geradezu zu entmündigen: Mutter bringt immer frische Wäsche mit, die der Patient in ihrem Beisein wechselt. Der Patient zeigt desweiteren große Abhängigkeit von weiblichen Betreuungspersonen auf Station.

Kontakte zu anderen Familienangehörigen hatten zwar knapp die Hälfte der insgesamt noch lebenden stationären und nicht-stationären Patienten aller diagnostischen Subgruppen, nämlich 24 (46 %). Ein Viertel der Patienten, d.h. 13 Patienten hatten 1 - 2mal monatlich Besuch oder Kontakt; 7 Patienten (13 %) 3 - 4mal monatlich Kontakt. Nur die o.g. 4 Fälle konnten sich häufiger mitmenschlich mit Angehörigen austauschen.

Die Anzahl der Patienten nimmt augenfällig im inversen Verhältnis ab, als die Anzahl der Kontakte zur weiteren Familie zunimmt. Das soziale Beziehungsfeld stellt sich aber nur dann als gewinnbringend tragfähig heraus, wenn die Anteilnahme der Angehörigen durch entsprechende Kontanktpflege gewährleistet ist.

Außer den 5 o.g. Patienten mit Partnerkontakten kann die soziale Isolierung durch engere familiale Kontakte (häufige Besuche) nur für weitere 6 Patienten (wieder primär die Oligophrenen und Schizophrenen) relativiert werden.

Zur Stabilisierung oder Aktivierung der einzelnen in der Gesamtgruppe kann also eher nicht auf ein Familiennetz, das sich verfügbar hält, zurückgegriffen werden. Selten waren Kontakte zu Freunden oder vergleichbaren Bezugspersonen, die nur 2 Patienten hatten.

Der schizophrene Patient (1723), der in der Übergangs-WG wohnt, hatte sich mit einem ehemaligen Praktikanten der Klinik befreundet und hatte Kontakt zu einem Pastor oder zu ehemaligen Ärzten und der Ref., die er aufsuchte.

Der ehemals alkoholabhängige, bettlägerige Patient (1510) bekommt wöchentlich den Besuch eines Freundes, der draußen lebt. Das ist der einzige zwischenmenschliche (Außen-)Kontakt für diesen schwer am Zungentumor erkrankten Patienten.

Bei einer Reihe von Patienten, nämlich 11 (21 %) war aus der Krankengeschichte zwar eine Familie eruierbar, die sich aber nicht kümmerte. Knapp ein Viertel der Patienten konnte also auf ein grundsätzlich vorhandenes Bezugsfeld zum Zeitpunkt der Spätkatamnese nicht zurückgreifen. Sie befanden sich so in einer umso schmerzlicheren sozialen Isolierung.

Es stellt sich hier die Frage, ob die Familienangehörigen nicht hätten stärker an dem Schicksal ihres Verwandten beteiligt bleiben können, wenn sie die Gewißheit im Verlauf dessen Erkrankung bekommen hätten, z.B. hinsichtlich der Versorgung und Begleitung bei einer eventuellen Entlassung nicht allein gelassen zu werden (HARTMANN und MEYER 1974, 6). Eine derartige vor- und nachsorgende Betreuung familialer Kontakte ist über Jahre nur durch einen entsprechend voluminösen Mitarbeiterstab möglich, der diese aktive aufsuchende Hilfestellung zu leisten vermag. Die wenigsten Einrichtungen aber verfügen über dieses Personalpotential.

Kontakte zu Familien in der DDR konnten bei 4 (8 %) der Patienten nachgewiesen werden. Manche dieser Kontakte waren brieflicher Natur. 2 Schizophrene (1711 und 1732) erhielten auch häufiger Besuche älterer Verwandten aus der DDR, die herüberkommen durften.

Gesamtheitlich kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß diese 52 langjährig an ihre Störungen und Behinderungen gebundenen Menschen nicht nur an ihrer persönlichen Geschichte, sondern auch an der sozialen Isolierung innerhalb dieser - dem Internierten so fremd gewordenen - Außenwelt leiden.

5.0 Ichleistungen im sozialen Funktionieren

Ob nun ein Patient in eine nicht-psychiatrische Einrichtung entlassen werden kann, ist nicht abhängig von der Diagnose, vielmehr vom eigentlichen aktuellen Funktionieren des Patienten (COSYNS et al. 1977,499). Nur eine blühende Wahnsymptomatik, störendes paranoides und aggressives Verhalten (dabei fremd- und selbstgefährdend), verwahrlostes Verhalten (wie Exhibieren), Unbeweglichkeit und Inkontinenz erschweren eine extramurale Plazierung, wenn sie sie nicht gar unmöglich machen, wobei Beeinträchtigungen im affektiven - oder Beziehungsbereich keine Hinderungsgründe darstellen (LAMB und GOERTZEL 1972, 493). Nur eine auffällige Symptomatik, die das Gemeinschaftsleben im Heim oder anderen extramuralen Einrichtungen stören würde, stellt einen eigentlichen Ausschlußgrund für eine entsprechende Aufnahme in einer derartigen Unterkunft dar.

Mit Hilfe des Ausübens sozialer und alltäglicher Aktivitäten, die uns etwas über die Ichfunktionen des Patienten mitteilen, soll nun folgende Arbeitshypothese überprüft werden:

Die Mehrzahl dieser Patienten benötigt keine nach Art einer psychiatrischen Klinik strukturierte Behandlung (COSYNS et al. 1977, 501).

In der nun folgenden Tabelle wird das Fähigkeitsniveau zum sozialen Funktionieren der 52 Patienten insgesamt beurteilt nach gutem und weniger gutem Gelingen und der Einschätzung 'gelingt fast gar nicht'. Ein Vergleich der stationären mit nicht-stationären Patienten hinsichtlich des unterschiedlichen Niveaus ihrer Ichfunktionen ist darin aus Übersichtlichkeitsgründen nicht enthalten, soll aber auch in die Betrachtung mit einbezogen werden.

nz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Beziehungsgestaltung zu Freund u. Familie gelingt			Freizeit, Hobbies nach außen ger. Aktivität - unstrukt.			teilweise o. vollständige Selbstversorgung			nach außen gerichtete, strukturierte Aktivität (geschützte Werkstatt usw.)			bedeutsamer Beitrag im Rahmen von Haushaltsaufgaben, wo er lebt			Handhabung d. täglichen Notwendigkeiten			Fähigkeit, Treppen zu benutzen			Patient unkooperativ; nicht auffindbar
		gut	weniger	gar nicht	gut	weniger	fast nicht	gut	weniger	gar nicht	gut	weniger	gar nicht	gut	weniger	fast nicht	gut	weniger	fast nicht	ohne Hilfe	mit Hilfe	unfähig dazu	
2	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	1	1			1	1	1		1			2	1		1	1	1		1	1		
1	Persönlichkeitsstörung	1			1					1			1			1		1			1		
2	Oligophrenie	5	5	2	7	1	4	3	1	8	3	1	8	5	3	4	9	3		11	1		
8	Alkoholismus	4	1	3	3	2	3	1		7	1		7	3		4	3	2	2	5		3	1
1	Psychosen: Zyklophrenie: Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.		1			1				1			1			1		1			1		
7	Schizophrenien	12	5	9	11	6	9	4	3	19	3	2	21	8	1	18	19	2	5	23		3	1
1	nicht klassifizierbar	1			1					1			1	1			1			1			
	Insgesamt	24	13	14	23	11	17	9	4	38	7	3	41	18	4	29	33	10	7	42	3	6	2
	% gelingt gut	46%			44%			17%			13%			35%			63%			77%			4%
2	% gelingt weniger gut		25%			21%			8%			6%			8%			19%			6%		
	% gelingt fast gar nicht			27%			33%			73%			79%			56%			13%			11%	

abelle 46 Spätkatamnese: Ich-Funktionen, soziales Funktionieren in Beziehungen, Aktivitäten (strukturiert und unstrukturiert), Selbstversorgung, Mithilfe in Haushaltsdingen, Handhabung der täglichen Notwendigkeiten usw. in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Wie sieht das nun im einzelnen für diese unterschiedlichen Bereiche aus?

Eine Beziehungsgestaltung zu Freund und Familie gelingt gut 25 Patienten (26 %), darunter befinden sich 8 stationär verbliebene Patienten; 13 Patienten (25 %) haben Schwierigkeiten dabei, darunter befinden sich 5 stationäre Patienten 14 Patienten (27 %) zeigen sich als beziehungsunfähig; vielleicht auch deshalb sind davon 11 Patienten stationär verblieben.

Faßt man nun das gute und weniger gute Gelingen in diesem Beziehungsbereich prospektiv korrigierend zusammen (im Hinblick darauf, daß fördernde Bedingungen auch Besserungen in der Beziehungsfähigkeit des einzelnen provozieren können), so ergibt sich eine Mehrzahl von Patienten, nämlich insgesamt 37 von 52 = 71 %, dabei 13 von 24 stationäre Patienten = 54 %, die sich als mehr oder weniger beziehungsfähig herausstellen, was zwar kein ausschlaggebender Faktor für eine extramurale Unterbringung und Verbleib ist, aber sich dennoch als hilfreich im Gemeinschaftsleben herausstellen kann.

Eine Freizeitgestaltung, Hobbys, nach außen gerichtete Aktivitäten unstrukturiert, d. h. Ausflüge, Unternehmungen, Einkäufe, Besuche usw. gelingt gut 23 Patienten (44 %), davon 9 stationär verbliebene Patienten, weniger gut 11 Patienten (21 %), davon sind 5 stationär verblieben. 17 Patienten (33 %) haben große Schwierigkeiten in diesem Bereich, wenn sie überhaupt eine Aktivität entwickeln können, dazu gehören 10 aus 24 stationären Patienten.

Verfährt man auch hier korrektiv, wie mit der vorigen Rubrik, dann ergibt sich wieder eine Mehrzahl von Patienten, nämlich insgesamt 34 von 52 Patienten = 65 %, die gute bis weniger gute Möglichkeiten in der unstrukturierten Aktivität zeigen, dabei sind 14 von 24 stationäre Patienten = 58 %.

Eine teilweise oder selbständige Selbstversorgung, d.h. sich selbst bekochen, Besorgungen machen, Wohnung säubern, mit Ämtern telefonieren usw. ist 9 Patienten (17 %) möglich, dabei naturgemäß keinem stationär verbliebenen Patienten. Unter den 4 Patienten (8 %), die grundsätzlich außerhalb leben und sich weniger fähig dazu zeigen, befindet sich

der schizophrene Patient (1718), der zum Zeitpunkt der Spätkatamnese seine über 50. Aufnahme hatte und sich in der Großklinik befand. Da er eine 1-Zimmerwohnung gemietet hat, sie aber als reisender Vagabund eher selten aufsucht, hat er zwar keine guten, aber doch einige Selbstversorgungsfähigkeiten. Er sucht die Wohnung allerdings selten auf, da er philobathisch (Balint) durch Länder und Städte vagabundiert.

Eine Mehrzahl von 38 Patienten (73 %) zeigt in diesem Bereich des alltäglichen Funktionierens überhaupt kein Gelingen, sei es, daß sie sich nie um eine Selbstversorgung kümmern mußten oder konnten als ewig Entmündigte (zu Hause oder auf der institutionellen, regressiven Rutschbahn), sei es, daß sie diese Fähigkeiten in einer langjährigen institutionellen Karriere verloren haben. Dazu gehören 23 der stationär untergebrachten Patienten.

Eine nach außen orientierte, strukturierte Aktivität, wie Arbeit in Behinderten- oder beschützten Werkstätten oder Gartenbaubetrieben gelingt gut 7 Patienten (13 %), dabei 1 stationär verbliebener Patient; weniger gut 3 Patienten (6 %), dabei wieder nur 1 stationär verbliebener Patient.

Die überwiegende Mehrzahl, nämlich 41 von 52 Patienten (79 %) sind nicht mehr oder waren noch nie tätig, darunter 22 stationär verbliebene Patienten. In diesem Bereich scheinen den überlebenden Patienten der Kohorte kaum noch "Verdienste" möglich.

Ein bedeutsamer Beitrag im Rahmen von Haushaltsaufgaben, in denen sie leben, können von den 52 Patienten gut 18 Patienten (35 %) erbringen. Dabei befinden sich 7 stationär verbliebene Patienten; weniger gut darin sind 4 Patienten (8 %), davon 1 stationär Verbliebener.

Die Mehrzahl der Patienten, nämlich 29 von 52 (56 %), darunter 16 stationär verbliebene Patienten, zeigt sich darin unfähig. Dies scheint aber auch Ausdruck dafür zu sein, daß infolge der mechanisierten Abläufe in der Versorgung zu wenig Anforderungscharakter für den einzelnen, institutionell untergebrachten Patienten besteht. Daß gerade im Haushaltsbereich Aufgaben auch von schwer seelisch und geistig Behinderten, auch nach langjähriger Unterbringung ausgeführt werden können, zeigte sich ja auf den therapeutischen Reisen, die innerhalb der Kleingruppe diese täglichen Pflichten nach anfänglichen Unsicherheiten, dann aber zur Zufriedenheit aller übernahmen.

So erstaunt es wenig, daß wiederum die Erfüllung der täglichen Notwendigkeiten, wie Körperpflege, Anziehen, Aufräumen usw. der Mehrzahl der Patienten gut gelingt, nämlich 33 von 52 Patienten = 63 %. Dazu gehörten 13 stationär verbliebene Patienten (54 %); weniger gut gelingen sie 10 Patienten (19 %), dabei sind die Hälfte stationär verblieben.

Faßt man diese beiden Fähigkeitsniveaus wieder, wie zuvor, zusammen, so ergibt sich (bei einer hypothetischen weiteren Förderung) eine Gruppe von 43 aus 52 Patienten = 83 %, davon allein 18 von 24 stationär Verbliebenen = 75 %; das Handhaben der täglichen Notwendigkeiten gelang nur 7 Patienten (13 %) fast gar nicht. Dabei waren 6 stationär verbliebene Patienten.

Die Fähigkeit Treppen zu benutzen als wichtigste Voraussetzung unabhängiger Bewegung gelingt der Mehrzahl der Patienten ohne Hilfe, näm-

lich 42 von 52 Patienten = 77 %; weniger gut, aber mit Hilfe 3 Patienten (6 %); unfähig oder zu ängstlich dazu zeigen sich 6 Patienten, wobei 3 Rollstuhlfahrer stationär untergebracht sind, der andere stationäre, alkoholabhängige Patient konnte sich mit einer gewissen Stabilisierung (trinkt weiterhin auf Station) die Treppenbenutzung auch wieder zutrauen.

Betrachtet man nun die einzelnen Ergebnisse prospektiv, und zwar mit dem korrigierenden zusammenfassenden Fähigkeitsniveau (gelingt gut, gelingt weniger gut), so stellt sich heraus, daß für die Bereiche der Beziehungsgestaltung (wichtig für ein Leben in Gemeinschaft) mit insgesamt 71 % (und 54 % der stationären Patienten)), die Freizeitgestaltung und unstrukturierte Außenaktivität mit insgesamt 65 % (und 58 % der stationären Patienten) und die Handhabung der täglichen Notwendigkeiten mit insgesamt 83 % (und 75 % der stationären Patienten) eben die Bereiche abdeckt, die für eine extramurale (wenn teilweise auch im institutionellen Rahmen) Unterbringung erforderlich sind.

Die Ausgangshypothese, daß die Mehrzahl dieser Patienten keiner nach Art einer psychiatrischen Klinik strukturierten Behandlung bedürfen, kann somit bestätigt werden.

Eine Heimplazierung z.B. kann sich im Ergebnis bei Überprüfung als kaum anders oder gar schlechter als eine Unterbringung in der Psychiatrie herausstellen (so ist es teilweise auch der Fall gewesen), weil hier den Patienten, die sich teilweise auch im quasi-stationären Heimreglement insbesondere der größeren Heime befinden, erheblich seltener Aktivität abverlangt wird. Häufig ist das Leben dieser Patienten dadurch weit weniger vielseitig. Zum anderen erhielten eine Reihe der Patienten durch die Tätigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie wenigstens noch eine gewisse Bestätigung, die ihnen inzwischen verloren gegangen ist. Obwohl heimplazierte Expatienten mehr Außenaktivität entwickeln mögen, unterscheiden sich größere und auch kleinere Heime (mit ihrer Basisversorgung des Essens, der Bekleidung und des Schutzgewährens) in keinem wesentlichen Aspekt von der klinischen Verwahrung einer Großklinik.

Neben weit besseren Konditionen in der kleineren Klinikeinheit bezüglich therapeutischer, nach außen orientierter Zielsetzung, bestünde eine Alternative darin, eine größere Anzahl von Übergangs-WGs mit Fachkräften einzurichten.

Im Zusammenleben in der Kleingruppe einer Übergangs-WG könnten die sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten, insbesondere von chronischen schizophrenen Patienten trainiert werden, deren Funktionsfähigkeit und Intelligenz bekanntermaßen auch nach jahrzehntelangen Verläufen unverändert erhalten bleibt, so daß es noch zu späten Besserungen und Heilungen kommen kann (HINTERHUBER 1973, 529). Gerade die 27 Schizophrenen dieser Kohorte zeigen auf dem Tabellennachweis trotz dieser schlummernden Möglichkeiten jedoch geringen Erfolg im sozialen Funktionieren.

Zum anderen macht eine große Anzahl kontrollierter und unkontrollierter Studien immer deutlicher, daß chronisch Schizophrene auf das gezielte systematische Einüben von sozialen Fertigkeiten, auch in ihrem zwischenmenschlichen Verhalten positive Wirkung zeigen (BELLACK et al. 1976, 397).

Bis zur weiteren Entwicklung und Einrichtung derartiger WGs könnte aber ein Dienst am Patienten darin bestehen, daß die mit der Heimleitung Beauftragten die Rehabilitation chronischer Patienten ermutigen und vorantreiben. Das ist aber nur möglich, wenn eine sorgfältige Auswahl, ein Training und eine Supervision dieses Personenkreises von vornherein gewährleistet ist, der dann fähig wird, dem Chroniker die Reintegration - soweit möglich - in die normale Umgebung zu erleichtern (LAMB und GOERTZEL 1972, 492).

Daß chronische Patienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 21 Jahren ihre Fähigkeit, außerhalb der stationären Unterbringung zu leben, noch nicht verloren haben, macht eine Katamnese bei einem Zeitraum von 5 Jahren deutlich: Eine Gruppe entlassener Patienten mit diesen erheblichen Verweilzeiträumen, aus dem Saskatschawan-Hospital in Kanada zeigte im Vergleich ähnliche Ergebnisse, wie entlassene Patienten nach ihrer ersten Aufnahme. Die kritischste Periode waren

allerdings die ersten 12 Monate nach Entlassung, in denen es bei der Hälfte der langjährigen Patienten zu Wiederaufnahmen kam (siehe auch Literaturübersicht I.2.1 S. 10). Diesen kritischen Abschnitt zu überwinden, bedarf es aber einer tragfähigen Umgebung, die den neuen Expatienten stützt und trägt, d.h. zu einer vermehrten Selbständigkeit hinleitet.

6.0 Subjektive Daten: Der Patient spricht

Obwohl es eine reichhaltige Literatur über Behandlungsverläufe gibt, sind direkte Äußerungen des Patienten, weil sie zum einen mehr anekdotischen Charakter haben, zum anderen Praktiken der einzelnen Einrichtungen aufdecken könnten, sehr selten zu finden. Natürlich sind diese Äußerungen von nicht überprüfbarem wissenschaftlichem Wert. Andererseits können diese nicht zensierten Äußerungen insofern einen Wert haben, als sie etwas über die persönliche Einschätzung des Patienten seiner erfahrenen stationären Behandlung aussagen. Darüber hinaus enthalten sie Ansichten hinsichtlich der vormaligen Verlegungsaktion und können Hinweise geben, inwiefern er sie gut oder nicht gut zu heißen vermochte. - Äußerungen über Vergangenes und Zukünftiges geben Aufschluß über die momentane Befindlichkeit, berichten deskriptiv Erfreuliches, Ängstigendes, Traurigmachendes, Ärgerliches und beleuchten teilweise schicksalhafte Bezüge.

Sofern die Patienten nicht an die Großklinik gebunden blieben (Anhänglichkeit bei Oligophrenen; masochistische Gewöhnung an Strafrituale; Verwahrtwerden als Befriedigung des Regressionsbedürfnisses passiver Patienten) kann man - bezieht man sich auf die gesunden Anteile des Patienten - davon ausgehen, daß Patienten grundsätzlich die Verlegung in eine kleinere, überschaubare klinische Einheit mit vermehrten therapeutischen Aktivitäten, der Verwahrung in einer Großklinik mit rigiderem Reglement, vorziehen.

In diesem Sinne lautet die Arbeitshypothese:

Die Verlegung von einer Großklinik mit Verwahrcharakter in eine kleinere Klinikeinheit mit therapeutischer Zielsetzung wird von den Patienten eher als Gewinn betrachtet.

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Bewertung der Verlegung			Einstellung gegenüber früheren stationär. Behandlgen.			Mehr oder weniger Spontanes (Äußerungen üb. Vergangenheit und Zukünftiges)			nicht eruierbar, da nicht ansprechbar (Progredienz, Halluzinationen)	nicht eruierbar, da unkooperativ oder unbekannt verzogen
		Gewinn	kein Gewinn	gleichgültig	positiv	negativ	gleichgültig	Erfreuliches	Ängstig. Traurig. Ärgerl.	Neutrales		
2	andere organisch psychiatr. Erkrankng.			1			2				1	
1	Persönlichkeitsstörung	1						1				
12	Oligophrenie	9	1		5	4		3	4	2	1	1
8	Alkoholismus	1	1	4	1	2	3	3	3		1	1
1	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.										1	
27	Schizophrenien	18	6		13	8	2	11	6	3	3	2
1	nicht klassifizierbar	1			1				1			
	insgesamt	30	8	5	20	14	7	18	14	5	7	4
	% für eher positiv getönte Äußerungen	58 %			38 %			35 %			13 %	8 %
52	% für eher negativ getönte Äußerungen		15 %			27 %			27 %			
	% für eher Neutrales			10 %			13 %			10 %		

Tabelle 47 Spätkatamnese: Subjektive Daten (Bewertung der Verlegung; Einstellung gegenüber früheren stationären Behandlungen; Spontanes) in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Anhand der folgenden Tabelle wird die Bewertung der Verlegung und der früheren stationären Behandlung deutlich. Außerdem gibt eine weitere Rubrik über die mehr oder weniger spontanen Äußerungen hinsichtlich des Vergangenen und Zukünftigen Auskunft.

Als Gewinn betrachteten 30 Patienten von 52 = 58 % die Verlegung. Darunter befinden sich folgende Kommentare der Patienten:

- "Hat mir was gebracht, war eine Möglichkeit, Arbeit und ein Zimmer zu finden." (59-jährige schizophrene Patientin Nr. 1732, lebte draußen zur Miete).

- "Da war es schöner und die Verpflegung und die ärztliche Behandlung war besser", als in der Großklinik (54-jähriger schizophrener Patient Nr. 1722 in LNK Zwiefalten, kurz vor Entlassung).

- "Brauchbar, gesünderes und hygienischeres Verhältnis zur Umwelt, brachte mich auf neue Gedanken." (47-jähriger schizophrener Patient Nr. 1724 - in kleinerer Klinikeinheit verblieben, weiterhin blühende Symptomatik).

- "Die Schwestern waren dort so häßlich, traten mich mit dem Knie in den Rücken, als ich mich nicht mit dem Kamm anderer kämmen lassen wollte." - "Durch den Wechsel ging es mir schlagartig besser, weil ich damals nicht schlafen konnte (lag mit alten Frauen zusammen, die unter sich machten), habe dann zum ersten Mal wieder geschlafen" (in kleinerer Klinikeinheit). (46-jährige schizophrene Patienten, 1734, lebt seit Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit mit dem Ehemann in gemeinsamer Mietwohnung).

- "Bessere pflegerische, menschlichere Betreuung; den Gewinn kann man unterstreichen. Die Pfleger (in Großklinik) waren schlimm." (55-jähriger schizophrener Patient, 1723; lebt in Übergangs-WG).

- "Die Verlegung war echter Gewinn; sie brachte Ausgang, Lehrgang, Freiheit." (39-jähriger schizophrener Patient, 1718, der auf Fachschule einen Abschluß als Techniker während Aufenthalt in kleinerer Klinikeinheit erreichte; befand sich bei mindestens 50. Wiederaufnahme kurzfristig in Großklinik.

- "Wahrscheinlich Gewinn, weil ich draußen als Packer arbeiten konnte." (36-jähriger schizophrener Patient, 1717, erneut in Großklinik aufgenommen, wird immer wieder zurück in schwer pathologisches Mileu zu schizothymer Mutter entlassen.

- "Es war moderner, Taschengeld war höher." (Aussage bezieht sich auf die kleinere Klinikeinheit) 50-jähriger schizophrener Patient, 1725, verlegt in chronische Abteilung eines Hospitals, wo es ihm gut gefällt; inaktiv, wünscht mal unterwegs zu sein, hat aber keinen Urlaub wegen Selbst- und Fremdgefährdung.

- "Wunderbar, war ein großartiger Umschwung, möchte nie wieder dorthin" (Großklinik); "Wende in jeder Hinsicht, Natur viel freier, mehr Möglichkeiten" (41-jähriger schizophrener Patient, 1712, in kleinerer Klinikeinheit verblieben.

- "Gartenarbeit hat mir dort (kleinere Klinikeinheit) gut gefallen, ebenso die Beschäftigungstherapie" (65-jähriger Patient, Nr. 1301, mit Persönlichkeitsstörung; lebt in kleinem offenem Heim, in dem keine Aktivitäten angeboten werden.

- "Hieß mehr Freiheit". In Großklinik "schrieen sie so laut, daß man nicht schlafen konnte, außerdem war es da langweilig, eigene Sachen wurden einem abgenommen, man bekam Stationskleidung an, es waren zu viele (60 Patienten) auf Station" (28-jähriger Patient, 1411, mit geistigem Entwicklungsrückstand; lebt in Übergangs-WG.

- "Freute mich wegen der Veränderung". Großklinik "war nicht schön für mich" (38-jähriger oligophrener Patient, 1410, mit 26 Jahren Verweilzeiträumen in psychiatrischer Unterbringung; in Übergangs-WG entlassen).

- "Hab mich (in kleinerer Klinikeinheit) wohler gefühlt, konnte mich dort frei bewegen" (59-jähriger, nicht klassifizierbarer Patient, 1801, lebt draußen in offenem Heim, von wo er viele Unternehmungen macht).

Mit Hilfe dieses "Anhörungsmaterials" kann die Ausgangshypothese, daß die Mehrzahl der Patienten, nämlich 58 %, die Verlegungsaktion als Gewinn erlebten, anschaulich erhärtet werden. 5 Patienten (10 %) stehen der Verlegung gleichgültig gegenüber, für 8 Patienten (15 %) war die Verlegung kein Gewinn, d.h., 25 % der noch lebenden 52 Patienten brachte die Verlegungsaktion in ihren Augen nichts. Dies dokumentiert sich in folgenden Äußerungen:

Eher gleichgültige Beurteilung -

- "Kann nicht viel dazu sagen, spielte keine große Rolle" (Organiker,1205, verblieben in kleinerer Klinikeinheit)

- "Unverändert geblieben (Großklinik) war genau so gut" (ehemals alkoholabhängiger, 64-jähriger Patient, 1509, ins HPZ entlassen)

- "Positiv zu bewerten. Die Luft ist besser, im Grunde dasselbe" (51-jähriger schizophrener Patient, 1711, in kleinerer Klinikeinheit verblieben).

Eher negatives Urteil -

- "Ich wollte von da nicht weg, war sehr traurig" (59-jähriger oligophrener Patient, 1402, in kleinerer Klinikeinheit verblieben; blieb Großklinik grundsätzlich wegen masochistischem Strafbedürfnis und Heimatgefühlen verbunden: z.B. entweicht bei Patientenreise mit Ziel dorthin).

- "Kameradschaftlichkeit war dort (Großklinik) besser", (41-jähriger schizophrener Patient, 1715, mit Minderbegabung, in kleinerer Klinikeinheit verblieben; bei Urlaub: bewegt sich in sozialen Randgruppen am Bahnhof Zoo).

- "Gab dort (Großklinik) Schwimmhalle, deshalb besser"; fühlt sich jetzt allein, hatte dort ältere Freunde. (25-jähriger oligophrener Patient, 1405, in kleinerer Klinikeinheit verblieben.

- "Durfte nicht arbeiten (in kleinerer Klinikeinheit), wollte dorthin (Großklinik) zurück", wurde 6 Monate nach Verlegung auf eigenen Wunsch rückverlegt (41-jähriger schizophrener Patient, 1726, mit Minderbegabung in Rehabilitationsheim der Großklinik entlassen).

- "Kein Gewinn, grober Ton beim Arbeitstherapeuten, hätte genausogut dort bleiben können", (ehemals alkoholabhängiger 28-jähriger Patient, 1508, ins HPZ entlassen).

Eine Beschwerdeliste hinsichtlich der erhaltenen Pflege innerhalb der stationären Versorgung wie:

- grobe Vernachlässigung
- mangelnde Therapieangebote
- mangelnde Hilfe bezogen auf Ausbildung oder geistige Förderung
- keine Entlassungsvorbereitung
- Unzufriedenheit über Zimmerbelegung
- zu viel Medikamente
- Unzufriedenheit über Arbeitstherapie
- Inadäquate Behandlung des Alkoholismus
- Verlegungswünschen nicht entsprochen usw.

wurde nicht noch einmal gesondert aufgeführt, da sie in den schon zitierten Äußerungen teilweise enthalten waren.

Die Einstellung gegenüber früheren stationären Behandlungen konnte so von 20 Patienten (38 %) positiv, von 14 Patienten (27 %) negativ bewertet werden; 7 Patienten (13 %) war die stationäre Behandlung insgesamt, vom Kommentar her, gleichgültig.

Den mehr oder weniger spontanen Äußerungen über Früheres und Zukünftiges konnten zwei Bereiche zugeordnet werden:

18 Patienten (35 %) berichteten spontan von einem erfreulichen Erlebnis; 14 Patienten (27 %) von einem sie ängstigenden, traurigen oder ärgerlichen Ereignis oder Erleben; 5 Patienten (10 %) erzählten Dinge, die keinem dieser affektiven Bereiche zugeordnet werden konnten.

Zum erfreulichen Erleben (oder Erinnern) gehören folgende Äußerungen:

- "Fuhr als Kind Roller: 3 Kinder hatten einen Holzroller, fuhr Strecke von einer zur anderen Laterne, dann kam ein anderes Kind dran; die anderen 7 Kinder ließ man dann auch mal fahren", (50-jähriger schizophrener Patient, 1710, Rollstuhlfahrer in kleinerer Klinikeinheit verblieben).

- "Bin im Sommer gerne mit Freunden ins Freibad schwimmen gegangen", (26-jähriger schizophrener Patient, 1719, Wiederaufnahme in Großklinik, geht von dort aus schwimmen).

- "Ich hatte mal eine Eisenbahn, die hat mir die Heimleiterin geschenkt, sehr begeistert von der Eisenbahn (6-jährig), bin deshalb Eisenbahner geworden"; (50-jähriger schizophrener Patient, 1721, ehemaliger Zollbeamter, verließ Heim freiwillig und kam zur Wiederaufnahme in Großklinik; dort seit 6 Jahren verblieben).

- "Hab' in Halle an der Saale im Klavierzimmer mit Tinte in niedlicher Schrift geschrieben", "erinnere mich an Schüler im Kinderzimmer beim Geburtstagfeiern", (36-jähriger schizophrener Patient, 1716, in kleinerer Klinikeinheit verblieben, schreibt in außerordentlich graphisch dekorativer Schrift).

- "Bin als Kind gerne verreist, ab 1945 nicht mehr", (49-jähriger schizophrener Patient, 1728, in großem offenem Heim in Einzelzimmer lebend).

- "Habe mit Kindern Ball gespielt, Spaziergänge gemacht, mochte Vater und Mutter gerne", (65-jähriger Patient, 1301) mit Persönlichkeitsstörung, lebt in kleinem offenem Heim und geht gerne spazieren mit Heiminsassen - "mein bester Kamerad").

- "Habe mir ein Schaukelpferd gewünscht und auch bekommen", "zu Eltern ausgesprochen gute Beziehung gehabt", (ehemaliger alkoholabhängiger Patient, 58 Jahre, 1508, ins HPZ entlassen).

- "Wir waren 4 Jungen, Sonntag gings ins Kino" (ehemals alkoholabhängiger, 64-jähriger Patient, 1509, der wie Vater und Brüder Tischlergeselle war, ins HP7 entlassen).

Zu den ängstigenden, traurigen oder ärgerlichen Erlebensweisen gehören die folgenden Spontanangaben:

- "Von Kind an war ich allein und hilflos, es war eine Quälerei, hatte nicht den Verstand und nur gemacht, was man nicht durfte, kannte die Folgen nicht, leichtsinnig". Daraus sprechen Angst und Schuldgefühle; (41-jähriger schizophrener Patient, 1712, der mit schizophrener Tante in einer Folie à deux verstrickt war, in kleinerer Klinikeinheit verblieben).

- Eher Bedauerndes: "Ich hätte gerne geheiratet, habe aber bloß getanzt" (57-jährige schizophrene Patientin, 1729, auf geschlossener Station in 3 - 4 Bettzimmer in einer chronischen Einrichtung).

- Eher Ängstigendes und Trauriges: "Als kleiner Junge wurde ich in den Osten verschleppt; mit Mutter bin ich gut ausgekommen, als sie allein war; den jetzigen Mann mag ich nicht." "Finde mich von meiner Mutti vernachlässigt. Was mache ich nur, wenn meine liebe Omi stirbt?" und "manchmal habe ich Angst, daß mir einer was tut, daß was passiert." (22-jähriger Patient, 1408, mit Minderbegabung; lebt in offenem Heim im 5-Bettzimmer, ganz zentral, hat überwertige Ideen; unterfordert, möchte gerne mehr arbeiten).

- "Hatte Angst vor Hunden; mit 7 Jahren wurde ich von Schäferhund von hinten gebissen." (25-jähriger oligophrener Patient, 1412, wollte in Verarbeitung dieses Erlebnisses ursprünglich Tierpfleger werden; lebt draußen bei seiner Ursprungsfamilie).

- "Habe keine Freunde gehabt. Ältere Schwester, die sich früher um mich kümmerte, kommt mich nun nicht mehr (aus Berlin) besuchen." (67-jähriger oligophrener Patient, 1409, lebt in großem offenem Heim in BRD, erhält keinerlei Besuche).

- "Fremdsprachen lagen mir nicht, deshalb ging ich ins Realgymnasium, in dem ich wegen des Zusammenbruchs, 1 Jahr vor dem Einjährigen, abgehen mußte." (41-jähriger Patient mit Stirnhirnsyndrom, Nr. 1206, machte Optikerlehre und die Meisterprüfung mit gut, früher eigener Laden, inzwischen berentet, lebt mit Ehefrau in Mietwohnung).

Diese Äußerungen, die mehr oder weniger spontan erfolgten, sollen das Bild und das teilweise Erleben dieser Patienten anekdotisch abrunden.

Ein weniger anschauliches, dafür quantifizierbares Abbild der Befindlichkeit der einzelnen Patienten ist über die Befindlichkeitsskala und eine Beschwerdenskala in den folgenden Kapitelabschnitten dargestellt.

7.0 Objektivierte Daten: Kooperation bzw. Ambivalenz der Patienten

Der psychische und somatische Ist-Zustand zum Zeitpunkt der Spätkatamnese der 52 noch lebenden Patienten wurde mit Hilfe von standardisierten Meßmethoden systematisch erfaßt und in Form von Ratings-Verfahren operationalisiert.

"Man unterscheidet Selbst- und Fremd-ratings. Selbst-ratings verlangen eine eigene Beurteilung der Probanden, bei Fremd-ratings wird er durch andere Personen beurteilt. Selbst-ratings-Verfahren besitzen eher eine eigenständige diagnostische Funktion." (KESSLER und SCHMIDT 1978, 211 f.)

Es sind jedoch im Bereich der subjektiven Einschätzung des "Zumuteseins" eine Reihe untergründiger Faktoren im Spiel, so daß auch die Ergebnisse eher einer groben Annäherung an einen äußerst vielschichtigen Sachverhalt gleichkommen (CIOMPI et al. 1979, 373).

Um dennoch ein vertretbares Maß an Objektivierung und Selbstkontrolle hinsichtlich Beobachtereffekte auf seiten des Interviewers zu erhalten, werden sowohl für Anamnesen als auch Katamnesen die Anwendung von Eigenschafts- und Beschwerdelisten empfohlen (ROSEMEIER 1975, 201), die von seiten des Patienten eine systematische Erfassung seiner psychischen und somatischen Befindlichkeit und deren Veränderung ermöglichen. Diese mögen dann als Erfolgskriterien sozialpsychiatrischer Bemühungen interpretiert werden.

Der psychische und somatische Befund wird bei den angewandten Selbstratings nach unterschiedlichen Aspekten beurteilt:

- nach bipolaren Eigenschaften subjektiver Gestimmtheit (Befindlichkeitsskala)

- nach Häufigkeit des Auftretens körperlicher Beschwerden von nie bis fast täglich (Freiburger Beschwerdeliste, Gesamtform).

Anz	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Befindlichkeitsskala (Bf-S,Bf-S')	Freiburger beschwerdeliste (FBL-G)	Kooperation: eingeschränkt teilweise überfordert	Ambivalenz	nicht erhoben:da unauffindbar oder ablehnend; wegen Progredienz o. Überforderung
2	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	2	2			
1	Persönlichkeitsstörung	1	1			
12	Oligophrenie	10	9	1		2
8	Alkoholismus	7	7		1	1
1	Psychosen.Zyklophrenie, Involutions Depressionen, schizo-affektive Psychos.					1
27	Schizophrenien	23	21	2	11	4
1	nicht klassifizierbar	1	1			
52	Insgesamt	44	41	3	12	8
	%	85 %	79 %	6 %	23 %	15 %

Tabelle 48 Spätkatamnese: Skalen und Kooperation, bzw. Ambivalenz in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Die Tabelle Skalen und Kooperation ermöglicht einen Überblick über die durchgeführten Meßverfahren bei den Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen. Zum anderen gibt sie Aufschluß über die Kooperation der Patienten insgesamt und des "non-compliant"-Verhaltens von insbesondere 11 schizophrenen Patienten, die zwar sonst relativ kooperativ die Befragung über sich ergehen ließen, aber infolge ihrer Ambivalenz in außerordentliche Entscheidungsnöte, insbesondere bei der Festlegung auf eine Eigenschaft bezüglich ihrer eigenen Gestimmtheit, gerieten. Das führte zu zeitlich nicht mehr vertretbaren Längen beim Ausfüllen der Skalen, so daß auch hier die Ergebnisse nur eingeschränkt verwertbar sind.

Nachdem die Eigenschaftsmerkmalsliste schon unter "Qualen" sich festlegen zu müssen ("ich bin himmelhoch-jauchzend, zu Tode betrübt") ausgefüllt worden war, brach die schizophrene Patientin (1734), die mit Mann in gemeinsamer Mietwohnung lebt, das Beantworten der "körperlichen Beschwerdeliste" nach der 3. Frage ab. "Wenn ich gewußt hätte, daß Sie mir mit solchen Fragen kommen, hätte ich der Befragung nicht zugestimmt". Sowohl eine Freundin als auch "das Vorzimmer" des Nervenarztes hätten ohnehin abgeraten. "Nun muß ich noch lange darüber nachgrübeln."

Ebenso wie diese Patientin interpretierten auch die anderen ängstlich-paranoiden Schizophrenen die Meßintention offensichtlich paranoid um und reagierten entsprechend gequält-unentschieden ("es könnte ja verheerende Auswirkungen haben" oder "das kann vielfältig beantwortet werden"), worin auch zwanghafte Anteile erkennbar sind.

Ein weiteres Dokument der Ambivalenz ergab sich bei 2 schizophrenen Patienten, die grundsätzlich die mit Fremdhilfe durchgeführten Selbstbeurteilungsskalen selbst ausfüllten. Einmal Patient Nr. 1712, der darauf bestand, zum anderen Patient Nr. 1722, der brieflich befragt wurde. Sie zeigten eine Normabweichung hinsichtlich der Benutzung der indifferenten Beantwortungsrubrik des "weder-noch", nämlich statt durchschnittlich 7 - 9mal, was normal gewesen wäre, benutzten sie in jeweils einem Bogen mit 28 Gegensatzpaaren der beiden Parallelformen 11 weder-noch, was einem Ausweichen der definitiven Stellungnahme gleichkommt (von ZERSSEN 1976, 10), wobei dies in beiden Parallelformen die einzigen zu verzeichnenden Punkte ergab.

Es kann davon ausgegangen werden, daß es auch bei anderen Patienten zu einem vermehrten Ausweichen der eindeutigen Beantwortung gekommen wäre, wären die Skalen nicht durch die Interviewerin abgefragt worden.

Patient Nr. 1718, der keine die Durchführung verhindernde Ambivalenz bei der Erhebung der Befindlichkeitsskala zeigte, lehnte die Befragung der körperlichen Beschwerden mit der Freiburger Beschwerdeliste strikt ab. "Eine solche Stellungnahme nimmt die Admiralität übel." Er habe nur Kopfschmerzen, wenn er an den Pfleger denke. Der schaffe es, ihn zu ärgern, sonst habe er keine körperlichen Beschwerden.

7.1 Selbstbeurteilungsskalen des seelischen und körperlichen "Zumuteseins"

Obwohl die Patienten vom Alter und dem Grad ihrer geistigen Fähigkeiten oder Behinderungen eine außerordentlich inhomogene Gruppe bilden, bestand die Absicht und das Bedürfnis, das persönliche Befinden der einzelnen Patienten standardisiert zu erfragen. Die angewandten Verfahren sollten Vergleiche zu anderen Kontrollgruppen liefern. Dies erfolgte anhand der Befindlichkeitsskala in der Parallelform - Bf.S; Bf-S' (von ZERSSEN 1966) - und durch die Freiburger Beschwerdeliste in ihrer Gesamtform - FBL-G- (FAHRENBERG 1975).

Die zu skalierenden Merkmale der Selbst-ratings-Verfahren wurden nicht, wie der Name andeutet, vom Patienten "selbst ge-rated", sondern auf dem Wege der Befragung erhalten, um auch die Patienten mit einzubeziehen, die nicht lesen konnten oder Schwierigkeiten beim Ausfüllen

hatten. Das widerspricht zwar der intendierten Testdurchführung, wenigstens der Befindlichkeitsskala, es kann zumindest die Interpretierbarkeit der Testergebnisse nach Aussagen des Autors (v. ZERSSEN 1976, 8) einschränken, wurde hier aber nicht zum Ausschlußgrund gemacht.

So wurden - außer den 2 o.g. Patienten, die die Skalen selbständig ausfüllten - alle übrigen Patienten, die zu Aussagen bereit und fähig waren, nämlich 42, zur momentanen Gestimmtheit und den körperlichen Beschwerden befragt, so daß - aufgrund ihrer Standardisierung - die Testergebnisse zumindest als Arbeitsgrundlage dienen können. - Erschwerend hinzu kommt allerdings noch, daß sich die befragten Patienten auch hinsichtlich des Alters (eine Reihe über 65-jähriger Patienten) und ihrer Intelligenz (11 Oligophrene und weitere Minderbegabungen als Nebendiagnosen!) unterscheiden und damit nicht den Testnormen der Eichstichprobe der Befindlichkeitsskalen entsprechen (Alter zwischen 20 - 64 J., IQ nicht unter 80).

Bezogen auf diese Normabweichungen und wegen Benutzung der Fremdhilfe soll noch einmal darauf hingewiesen werden, daß die Testergebnisse, zumindest der Befindlichkeitsskalen, nur mit Vorbehalt, d.h. eingeschränkt interpretierbar sind.

Mit dem 16-jährigen minderbegabten Patienten, 1405, und 3 psychotischen Patienten (1611; 1709; 1710) in höherem Alter konnte wegen der Schwere ihrer geistigen und psychischen Behinderung kein Selbstbeurteilungsverfahren durchgeführt werden.

Es soll nun die Frage überprüft werden, inwieweit sich - aus stationärer Unterbringung - entlassene Patienten durchschnittlich wohler als die Verbliebenen fühlen und ob sie weniger Störungen in ihrer seelischen und körperlichen Ausgeglichenheit zeigen.

So hing in einer Gruppe von 81 entlassenen chronischen Patienten, die 1976 von einem Rehabilitationsdienst betreut wurden, die CIOMPI und Mitarbeiter beschreibt, der Rehabilitationserfolg primär von der Struktur des sozialen Feldes ab. Mit Erstaunen wurde dabei jedoch ein völliges Fehlen von Beziehung zwischen Rehabilitationserfolg und subjektiver Zufriedenheit zu Ende der Beobachtungszeit registriert (CIOMPI et al. 1979, 375).

Diesem Erstaunen soll die folgende Arbeitshypothese Raum geben:

Vermutlich besteht eine Beziehung zwischen relativem Rehabilitationserfolg (in Form der Entlassung aus stationärer Unterbringung) und subjektivem Wohlgefühl.

7.1.1 Befindlichkeitsskala: Bf-S; Bf-S'

Eine kurze methodische Beschreibung[1] soll der Auswertung vorausgehen. Die Befindlichkeitsskala ist eine Eigenschaftswörterliste und dient vorrangig der Objektivierung und Quantifizierung des subjektiven Befundes, insbesondere der Erfassung einer momentanen Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens.

Sie umfaßt global die Bereiche sowohl normaler als auch pathologischer Befindlichkeitsveränderungen und eignet sich infolgedessen für Längsschnittuntersuchungen bei ganz unterschiedlichen Gruppierungen (Gesunde, psychosomatisch Kranke, Patienten mit subjektiven Befindensstörungen).

28 Gegensatzpaare von Eigenschaftswörtern bilden die Iteminhalte pro Parallelform und stehen durchgehend für gegensätzliche Zustände des "Zumuteseins" (v. ZERSSEN 1976, 8), wobei sich jeweils ein Pol auf das Erleben gesteigerten, der andere Pol auf das Erleben eines beeinträchtigten Wohlbefindens bezieht. Die Begriffspaare betreffen verschiedene Aspekte des Befindens, teils mehr die Stimmung (ernst-heiter), teils mehr den Antrieb (frisch-matt), teils das Selbstwerterleben (minderwertig-vollwertig), teils das Vitalgefühl (lebendig-leblos), sind jedoch nicht immer eindeutig abgrenzbar. Die negativen Eigenschaften können jedoch auch andere Zustände subjektiver Beeinträchtigung (ängstliche, apathische, mißmutige Verstimmung etc.) charakterisieren und die positiven einen Zustand normalen Wohlbefindens, d.h. die Skalen sprechen ein weites Spektrum subjektiver Gestimmtheit an, was für die Differenzierungsfähigkeit des Tests

---

1) Aus Cips (Hrsg.: Collegium internationale Psychiatriae Scalarum): Zusammenstellung internationaler Skalen zur Psychiatrie

spricht. Die Probanden sollen die Eigenschaft angeben, die "ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht", ist eine Entscheidung nicht möglich, soll eine Rubrik "weder - noch" angekreuzt werden.

Die Testwerte sind an einer Eichstichprobe aus der Durchschnittsbevölkerung der BRD (N = 1761) normiert worden. Referenzwerte für verschiedene klinische Gruppen (gemischtes psychiatrisches Krankengut, einzelne psychiatrische Krankheitsformen aus Quer- und Längsschnittuntersuchungen) stehen zur Verfügung.

Die praktische gleichzeitige Anwendung von Bf-S und Bf-S' ergibt eine Paralleltest-Reliabilität der beiden Formen zwischen r_{tt} = 0,86 und r_{tt} = 0,95 Halbierungszuverlässigkeit für jede Parallelform bei r_{tt} = 0,94 für beide Versionen zusammen bei r_{tt} = 0,96. - Außer den beiden Gesamt-Rohwerten ergibt sich noch ein gemeinsamer Kennwert für die beiden Skalen.

$$\text{Bf-Kennwert} = \frac{\text{Bf} + \text{Bf}'}{2}$$

Mit diesem gemeinsamen Kennwert wird bei der vorliegenden Gruppe gearbeitet. Da durch den Test kein relativ konstant gedachter Wesenszug erfaßt wird, variiert die Wiederholungszuverlässigkeit in Abhängigkeit von den Untersuchungsbedingungen innerhalb weiter Grenzen. Wiederholungen dieser Tests hätten den gesetzten Rahmen dieser Studie ohnehin gesprengt. Es ging hier eher um eine Blitzaufnahme der Gestimmtheit. Die Anwendung der Freiburger Beschwerdeliste, die im folgenden Kapitel beschrieben werden soll, gibt jedoch einen Aufschluß über das auch körperliche Befinden der dem Untersuchungszeitpunkt vorausgegangenen Zeitraum von 12 Monaten.

Folgende Testparameter bei Gesunden und psychisch Kranken für den Kennwert der beiden Parallelformen liegen vor (v. ZERSSEN 1976, 12):

$\frac{Bf + Bf'}{2}$

	Eichstichprobe n = 1761	Psychiatrische Vergleichsgruppe n = 301
Odd	5,50	15,52
Even	6,80	16,30

Mittelwert

Bei der vorliegenden Gruppe wurden - neben den entlassenen Patienten - die Mittelwerte (der beiden Parallelformen) der sich noch (oder wieder) in stationärer Unterbringung befindenden Patienten erhoben und von diesen wiederum die Patienten der kleineren Klinikeinheit im Vergleich abgehoben zu jenen, die sich in anderen klinischen psychiatrischen Unterbringungen befanden.

Dies erbrachte folgende Ergebnisse:

Stationäre Patienten: n = 20	Mittelwerte von $\frac{Bf + Bf'}{2}$ (Spannweite bei Minimal-Score = 0 theoretischer Maximal-Score = 56)
13 Patienten aus kleinerer Klinikeinheit	8,04 (1 - 20)
7 in anderer klinischen psychiatrischen Unterbringung	16,5 (6 - 34)
nicht stationäre (entlassene) Patienten: n = 22	16,3 (0 - 47)

Bei den in der kleineren Klinikeinheit stationär untergebrachten 13 Patienten, die mittels der Liste befragt wurden, erbrachte der Gradmesser der (Summen-Scores) der momentanen Beeinträchtigung subjektiven Befindens einen Wert, der eher vergleichbar mit dem Durchschnitts-Score, also dem Befinden von Gesunden mit seiner Variationsbreite entspricht. Die Störungen des subjektiven Wohlbefindens der 7 Patienten, die sich in anderen klinischen psychiatrischen Unterbringungen zum Zeitpunkt der Spätkatamnese befanden, entspricht dem Wert der psychiatrischen Vergleichsgruppe.

Es gibt diverse Möglichkeiten, die Testergebnisse der Gruppe der 13 Patienten der kleineren Klinikeinheit, allerdings angesichts der geringen Anzahl von Patienten mit gebührender Vorsicht zu interpretieren: Entweder durchschauten die Mehrzahl der Patienten die Meßintention und deuteten sie für sich um im Sinne "lieber sagen, daß es mir gut geht, da es nicht sicher und bekannt ist, daß Klagsamkeit und Unzufriedenheit Sanktionen auslöst". Die andere Möglichkeit besteht darin, daß die Patienten sich wegen der vermehrten Zuwendung und wegen des gezeigten Interesses der Interviewerin, die den Patienten vertraut war, "momentan" gut fühlten, so daß dieses Testergebnis keine Gewichtung aufweist und wenig über die möglichen Befindensschwankungen aussagen kann.

Die Untersuchende hatte jedoch durchaus den Eindruck, daß alle Patienten (die entlassenen, wie die stationär untergebrachten)[1] - auch die mit schweren geistigen Entwicklungsrückständen - die Fragestellung zu verstehen schienen und sie mit der erhofften Ernsthaftigkeit beantworteten. Daher drängt sich die Schlußfolgerung auf, daß sich die Patienten in der kleineren Klinikeinheit möglicherweise wirklich insgesamt wohler als die anderen Patienten der Kohorte fühlen und keine wesentliche Beeinträchtigung ihres subjektiven Befindens verspüren, die Motor dafür sein könnte, etwas an ihrer Lage verändern zu wollen.

Die Frage stellt sich nun, ob es sich hier um ein Hospitalismus-Syndrom handelt oder vielmehr um einen Ausdruck regressiver-infantiler Haltungen, die gerade diese verbliebenen Patienten im Vergleich zu den Patienten, die entlassen werden konnten, daran hinderten, die in der kleineren Klinikeinheit gegebenen Chancen zu einer Entlassung zu realisieren.

---

1) Außer Patient (1409), der neben seiner Minderbegabung mittleren Grades auch infolge seines schweren Alkoholabusus eine erhebliche Störung seines Kurzzeitgedächtnisses insofern zeigte, als es von insgesamt 56 gegensätzlichen Begriffspaaren nur zu 7 Nennungen der einen Spalte kam, d.h. 49mal wurde die letztabgefragte Eigenschaft bestätigt (das Testergebnis der Befindlichkeit dieses Patienten wurde aus den genannten Gründen nicht in die Auswertung der aus psychiatrischer Unterbringung entlassenen Patienten einbezogen).

Die nicht stationären 22 Patienten, die aus der kleineren Klinikeinheit entlassen worden waren, zeigten mit 16,3 erstaunlicherweise im Ergebnis einen Mittelwert der Befindlichkeitsstörungen, vergleichbar zu den Mittelwerten von 16,5 der in anderen psychiatrischen klinischen Einrichtungen untergebrachten 7 Patienten. Hier bestätigt sich das oben erwähnte Ergebnis von CIOMPI u. Mitarbeiter, die im Rahmen einer Verlaufsbeobachtung von 81 chronisch psychisch Kranken feststellten, daß die subjektive Zufriedenheit der sich nicht mehr in der Klinik befindenden Patienten nicht in Beziehung zum Rehabilitationserfolg steht, d.h. sehr eingeschränkt ist. Die Einzelergebnisse wurden in dieser Studie nicht diskutiert; dem Ergebnis insgesamt wurde höchstens explorativer Wert beigemessen.

Werden nun die Einzelergebnisse der 22 Patienten, die der Befragung unterzogen worden waren, betrachtet und mißt man den relativen Rehabilitationserfolg dieser Kohorte aufgrund der Entlassungen aus psychiatrischer Unterbringung, dann zeigt sich, daß es zu außerordentlich hohen Schwankungen im Vergleich zum Gesamtergebnis hinsichtlich der Befindlichkeit kommt, nämlich in der Spannweite der Summen-Scores der beiden Parallelformen Bf-S und Bf-S' von 0-47 (möglicher Minimal- bzw. Maximalwert = 0-56, vgl. auch S. 433 dieses Kapitels).

So zeigen 2 Patienten der gleichen Diagnosegruppe der Alkoholerkrankten, die beide im HPZ vorgefunden wurden, extreme Unterschiede.

Patient Nr. 1509 (Tischler von Beruf) hielt sich für außerordentlich wohlbefindlich bei einem Mittelwert von 0,5.

Patient Nr. 1508 (differenzierter, früherer Bankkaufmann) zeigte neben einem hohen Wert von 40 überhaupt eine "eher bedeckte Stimmung". Er leide an dem "lebenslänglichen Freiheitsentzug und könne nichts Positives berichten". "Es sei denn, daß sie uns nicht verhungern lassen". Hier wird noch einmal die orale Störung deutlich.

Bei 2 anderen Patienten handelt es sich um schwere, körperlich progrediente Beeinträchtigungen.

Patient Nr. 1510 (befand sich im großen Heim ans Bett gefesselt; frühere Polio- und nun Zungentumor-Op) konnte nur noch schlecht sprechen und zeigte einen Mittelwert der Befindlichkeitsstörung von 42 (frühere Alkoholerkrankung).

Patient Nr. 1206 (ehemals Optikermeister mit eigenem Geschäft) gehört bei einem Mittelwert von 38,5 zu den Patienten, die sich am schlechtesten fühlten. Er litt an den Beeinträchtigungen eines Stirnhirnsyndroms als Folge einer Verletzung während des Militärdienstes; Kurzzeitgedächtnis so gut wie nicht mehr vorhanden; Orientierungsstörungen; abhängig von der Obhut seiner Frau.

Der jüngere schizophrene Patient Nr. 1727 (der im Verlauf seiner Erkrankung mit einem vergleichsweise großen therapeutischen Angebot verwöhnt worden war) zeigte den höchsten Wert mit 47 Punkten. Er litt vielmehr an der mangelnden Einzelzuwendung in Form einer Therapie, die er, seitdem er sich im Rehabilitationsheim der Großklinik befand, nicht mehr erhalten hat.

Auf der anderen Seite gab es Patienten, die einen sichtbareren Rehabilitationserfolg nachweisen konnten und denen es gut zu gehen schien. So zeigten die 3 Patienten (1410; 1411; 1723), die nach jahrzehntelanger Unterbringung in einer Übergangs-WG entlassen werden konnten, Mittelwerte zwischen 1 - 4.

Ebenso zeigten die 3 Frauen (1732; 1734; 1512), die alle in eigener Wohnung (Miete, Eigentumswohnung) lebten, und zwar allein mit Partner oder Familie, eine erfreuliche Befindlichkeit mit Mittelwerten von 0 - 8.

Weitere Einzelergebnisse sollen nicht aufgeführt werden. Es kann jedoch die Ausgangshypothese für einen Teil der entlassenen Patienten, nämlich für 10 von 22 Patienten (45 %) einschränkend bestätigt werden, die alle Mittelwerte unter 10 vorwiesen (Spannweite 0 - 9), d.h. der gesunden Kontrollgruppe näher stehen als der psychiatrischen Vergleichsgruppe: Deren relativer Rehabilitationserfolg ging mit einem subjektiven Wohlgefühl einher. Da die Skala insbesondere nur für eine momentane Beeinträchtigung der Befindlichkeit steht, sollte dieses Ergebnis jedoch nicht überbewertet werden.

7.1.2 Freiburger Beschwerdeliste

Wie aus dem Kapitel III.9.0 "Umfang nicht psychiatrischer körperlicher Erkrankungen" hervorging, handelte es sich bei den Patienten der Kohorte insgesamt um eine Extremgruppe auch hinsichtlich der körperlichen Regressionsbereitschaft. So findet man bei Patienten mit chronischen Krankheiten, z.B. Coronarpatienten, einen Zusammenhang zwischen zunehmender Krankheitsdauer und zunehmenden Beschwerden, Befindungsstörungen, Verstimmungen und höhere emotionale Labilität, im Sinne einer "krankheitsdauerdependenten Neurotisierung" (s. Übersicht bei HAMPEL und FAHRENBERG 1977, 9). Trifft diese Vermutung nun auch auf chronisch-psychiatrische Patienten zu, zeigen diese vermehrt psychosomatische Störungen, die sich als Beschwerdeanfälligkeiten äußern?

Anhand der Ausgangshypothese (S. 431 Kap. IV.7.1) soll festgestellt werden, ob es Unterschiede hinsichtlich des Ausmaßes der "mehr körperlichen" Beschwerden zwischen stationären Patienten und den aus stationärer Versorgung entlassenen Patienten gibt.

"Es ist anzunehmen, daß die individuellen Aussagen über aktuelle körperliche Beschwerden vielfältig sind: durch den möglichen und u.U. objektivierbaren körperlichen Befund, durch den Prozeß der Selbstwahrnehmung und den Prozeß der subjektiven Kausalattribution dieser Körperwahrnehmung, durch individuelles Körperschema und vorhandene Krankheitskonzepte des Lebensalters, Geschlechts und Schichtzugehörigkeit, durch habituelle Persönlichkeitsmerkmale, wie emotionale Labilität und "Klagsamkeit" und durch aktuelle Bedingungen innerer und äußerer Art einschließlich der Einflüsse von Erhebungsmethode, Erhebungssituation, institutionellen Bedingungen sowie dem expliziten Zweck der Erhebung." (HAMPEL u. FAHRENBERG 1977, 1)

Welche Labilisierungen nun im körperlichen Bereich für stationäre und entlassene Patienten vorliegen, soll anhand der Freiburger Beschwerdeliste überprüft werden. Eine kurze Darstellung des methodischen Hintergrundes soll den Gebrauch dieses Fragebogens erlautern (FAHRENBERG 1975 u. CIP 1977).

Die Freiburger Beschwerdeliste (im folgenden "FBL" genannt) ist eine Selbstbeurteilungsskala, die den Grad subjektiv erlebter körperlicher Beschwerden erfassen soll. Dabei sind die Häufigkeit der Beschwerden

als Persönlichkeitsmerkmal ("Nervosität, Labilität, Klagsamkeit") interpretierbar, wobei die Gründe der Beschwerden oder die klinischen Zusammenhänge zunächst vernachlässigt werden (FAHRENBERG 1975, 80).

Die FBL ist zur Fragestellung der Persönlichkeitsforschung und der psychosomatischen Forschung entwickelt worden und dient vorab als relativ differenziertes Instrument zur Beschreibung und zum Vergleich psychosomatisch auffälliger Gruppen im Quer- und Längsschnitt.

In ihr werden mehrere Bereiche von Befindensstörungen und körperlichen Beschwerden (1. Allgemeinbefinden, 2. emotionale Reaktivität, 3. Herz-Kreislauf, 4. Magen-Darm, 5. Kopf-Hals-Reizsyndrom, 6. Anspannung, 7. Sensorik, 8. Schmerz, 9. Motorik, 10. Haut) erfaßt, bei denen es sich um relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale handelt. D.h., die Beschwerdensumme gibt Auskunft über das Lebensgefühl, aber auch über die Kontakte und die Erfahrungen der Probanden mit diesem Persönlichkeitsmerkmal im Rahmen des Gesundheitssystems.

Die ausdrückliche Beschränkung des Gültigkeitsbereiches bezieht sich auf eine nicht gerechtfertigte oder abgesicherte psycho-physiologisch, -psychosomatische Interpretation und zielt so also mehr auf die psychologische Perspektive (HAMPEL und FAHRENBERG 1977, 7 f.).

Der zeitliche Rahmen der Beurteilung nimmt Bezug auf diejenigen Beschwerden, die innerhalb des letzten Jahres auftraten und ist deshalb zur Erfassung relativ kurzfristiger Beanspruchungen und Zustandsänderungen kaum geeignet. Die FBL bildet so eine gute Ergänzung in der Anwendung zu Bf-Bf'Skalen, die diesen Bereich abdecken.

Die FBL wurde durch Faktoren- und Itemanalysen eines umfangreichen Itempools gewonnen. Von ursprünglich 230 Items wurden im Verlauf der test-statistischen Skalenentwicklung 78 Items, die sich auf das allgemeine Befinden oder auf bestimmte Organe oder Körperfunktionen beziehen, ausgewählt, die wiederum in 11 Skalen additiv zusammengefaßt werden, wobei ein hoher Testwert für viele und häufige Beschwerden im betreffenden Bereich stehen.

Die in Fragesätzen formulierten Items können auf einer 5-stufigen Schätzskala nach der Häufigkeit des Auftretens beantwortet werden. Die folgende Codierung[1], die auch bei der Auswertung der Skalen dieser Kohorte verwendet wurde, besteht aus der Wertung:

1 ≙ "nie"
2 ≙ "etwa zweimal im Jahr"
3 ≙ "etwa zweimal im Monat"
4 ≙ "etwa dreimal in der Woche"
5 ≙ "fast täglich"

Diese abgestufte Beantwortungsweise nach der Häufigkeit der Beschwerden ermöglicht eine relativ differenzierte Information über das obengenannte Persönlichkeitsmerkmal.

Eine erste Analysenstichprobe umfaßte n = 330 "gesunde" Bevölkerungsangehörige (88 Frauen und 89 Männer) und Kurpatienten (77 Frauen, 76 Männer) während eines stationären Heilverfahrens. Da bei den meisten dieser Patienten vegetative Syndrome, vor allem Kreislaufstörungen und Erschöpfungszustände als Haupt- und Nebendiagnose genannt waren, sind mehr Beschwerden zu erwarten, was sich in den signifikanten Mittelwertunterschieden bei "Gesunden" und Kurpatienten niederschlägt (dies gibt einen Hinweis zur Validität).

Bei 70 - 90 % bewegte sich die Altersverteilung dieser ersten Stichprobe zwischen 21 und 50 Jahre.

Eine zweite Analysenstichprobe bestand aus einer homogenen Gruppe von männlichen Studenten, n = 400 (FAHRENBERG 1975, 83).

In diesen Analysen zeigte sich, daß die Beantwortung nach "Häufigkeit" bzw. "Intensität" der Beschwerden strukturell und skalentechnisch weitgehend äquivalente Lösungen liefert.

---

1) Eine zusätzliche Variable, die sich auf den Grad gesundheitlicher Sorgen bezieht, geht nicht in die rechnerische Auswertung ein.

Die FBL-Skalen weisen mittlere Interkorrelation und hohe Reliabilität auf. Es ist jedoch an dieser Stelle auf eine Wiedergabe der für die Analysenstichprobe berechneten Test-Statistiken ebenso wie auf die Darstellung weiterer Gruppenvergleiche Klusteranalysen und Korrelationsstudien (siehe Originalarbeiten) verzichtet worden.

Zum Vergleich sollen hier nur die Mittelwerte der Beschwerdensumme (Minimal-Scores 78; Maximal-Scores: 390) der ersten und zweiten Analysenstichprobe genannt werden:

Erste Analysenstichprobe: N = 330 (Kurpatienten und "Gesunde")	
Beschwerdensumme	167,37
(Standardabweichung	45,38)
Zweite Analysenstichprobe: N = 400	
Beschwerdensumme	155,18
(Standardabweichung	33,74)

Die Auswertung erbrachte bei den 41 Patienten, die befragt werden konnten bzw. kooperativ waren, folgende Ergebnisse: Es zeigten

23	nicht-stationäre Pat.	einen Mittelwert von	143,39	(Spannw. 84-284)
12	stationär in kleinerer Klinikeinheit verbliebene Pat.	" "	" 143,83	(" 79-258)
6	in anderen psychiatrisch-stationären Unterbringungen	" "	" 126,66	(" 89-166)

Da sich bei den nicht-stationär entlassenen Patienten mit den in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen Patienten ein identischer Mittelwert ergibt, kann die Ausgangshypothese, daß sich entlassene Patienten als Ausdruck des relativen Rehabilitationserfolges subjektiv wohler fühlen als stationäre Patienten auch mit dieser Skala nicht bestätigt werden.

Diese beiden Patientengruppierungen liegen mit dem Mittelwert der Beschwerdensumme von 143,+ außerdem unter dem Durchschnitt der Beschwerdensumme der beiden Analysenstichproben (mit 167,37 und 155,18), d.h., die Patienten der Kohorte sind insgesamt eher weniger klagsam, scheinen weniger "labil" und weniger krankheitsdependent neurotisiert be-

züglich der körperlichen Dimension ihrer Befindlichkeit. - Die wenigen Patienten anderer stationär-psychiatrischer Einrichtungen liegen mit einer Beschwerdensumme von 126,66 sogar nicht unerheblich unter den Mittelwerten der beiden Analysenstichproben.

Wie erklärt sich ein derartiges Ergebnis?

Natürlich dürfen folgende Ausführungen - auch wegen der geringen Anzahl dieser drei Patientengruppierungen - nur als Interpretationsversuch verstanden werden.

Bemüht man nun zur Diskussion dieser Ergebnisse die Regressionstheorie, die davon ausgeht, daß psychische oder körperliche Symptome nur unterschiedliche Regressions- oder Abwehrformen des gleichen seelisch-körperlichen Tatbestandes oder Geschehens darstellen, so läßt sich in jedem Fall feststellen, daß einmal die meisten dieser Extremfälle an psychiatrischen Erkrankungen mannigfaltige psychische (De-)Kompensationsmöglichkeiten und Ventile finden, sich schlecht, krank und bedürftig zu fühlen; zum anderen und im Vergleich zu "Gesunden" oder Semi-Gesunden (wie die Kurpatienten der ersten Analysenstichprobe) weit mehr und kontinuierliche pflegerische und medizinische Betreuung erhalten.

D.h., die körperliche Dimension der Befindlichkeit spielt, je "regressiver" die persönliche seelische Situation (z.B. stationär) sein darf, eine untergeordnete Rolle. - Sie wird im Vergleich nur dann wieder interessant, wenn chronisch-psychiatrische Patienten entlassen sind, dann zwar mehr "Freiheit genießen" könnten, dafür aber auf die versorgerische Qualität der stationären, medizinischen Betreuung (die für körperliche Belange da ist) verzichten müssen.

So kommt es zu dem "erstaunlichen" Ergebnis, daß die offensichtlich psychiatrisch noch schwerer erkrankten, verbliebenen Patienten der kleineren Klinikeinheit keine höhere Beschwerdenbefindlichkeit aufweisen, die ja - daran soll noch einmal erinnert werden - nicht psychosomatisch-biophysiologischen Störungen, sondern das Persönlichkeitsmerkmal Nervosität, Labilität und Klagsamkeit messen soll.

Sind nun, wie CIOMPI u. Mitarbeiter provokativ in Frage stellen (1979, 375), wegen des im Vergleich zu den stationären Patienten mangelnden subjektiven Wohlbefindens der entlassenen Patienten die ganzen rehabilitativen Bemühungen, die zum "Wohle des Patienten" dienen sollen, umsonst?

Das darf - trotz dieses durch CIOMPI et al. zunächst bestätigenden "erstaunlichen" Ergebnisse - in dieser Form nicht so kategorisch beantwortet werden.

Es geht doch wohl eher darum, daß entlassene Patienten mit früheren extensiven Verweilzeiträumen in totalen Institutionen trotz eines relativen Rehabilitationserfolges in Form der Entlassung natürlich weiterhin eher "labil" bleiben und die Verantwortung für eigenes Wohlbefinden sich eher als belastend herausstellt, so daß auch bei den relativ Rehabilitierten (auch mit geringeren psychopathologischen Störungen) wie treffend formuliert wurde, die "Gebärde" (der psychisch Dekompensierten) "zur Beschwerde" wird.

V Sterbedaten

Durchschnittssterbealter, Todesursachen, Sterbeort

Das letzte Kapitel der Spätkatamnese dient der Besprechung der Daten, die von den Verstorbenen bestehen. Dazu sollen das Durchschnittssterbealter, die Todesursache, der Sterbeort betrachtet werden, ebenso der Zeitraum, wie lange die Patienten - im vorliegenden Fall nach ihrer Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit - verstorben sind.

Hierzu sollen drei Tabellen eine Übersicht vermitteln.

Im Verlauf von 10 Jahren verstarben:

9 (56 %) der 16 Frauen, dagegen nur
19 (30 %) der 64 Männer.

Die prozentuale Diskrepanz von 26 % gehäufter Todesfälle unter den Frauen wirft die Frage auf, wie es - im Vergleich zu den Männern - zu der überwiegenden Sterblichkeit der Frauen kommt, wobei die Arbeitshypothese folgendermaßen lautet:

Zwischen dem Durchschnittssterbealter der 9 Frauen und der 19 Männer besteht kein Unterschied.

Anz.	Diagnosen	41-50 Jahre		51-60 Jahre		61-70 Jahre		71 und mehr Jahre	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
2	präsenile oder senile Demenz					70,5 J. bei 1			74 J. bei 1
4	andere organisch psychiatr. Erkrankng.	49 J. bei 1			60 J. bei 1		66 J. bei 1		75 J. bei 1
1	Oligophrenie		41 J. bei 1						
4	Alkoholismus						65 J. bei 3 (61 67,9 J.)		76,6 J. bei 1
10	Psychosen. Zyklophrenie, Involutions-Depressionen; schizo-affektive Psychos.		45 J. bei 1			67,5 J bei 1	66 J bei 3 (61,7-67,9 J.)	76 J bei 2 (72-79,5 J.)	74,8 J bei 3 (74,7 74,8 J.)
7	Schizophrenien	43 J. bei 1	42 J. bei 1	59,6 J. bei 1	56 J. bei 1	68,9 J. bei 1	63 J. bei 1	81,6 J. bei 1	
28	insgesamt	2	3	1	2	3	8	3	6
	%	22 %	16 %	11 %	11 %	33 %	42 %	33 %	32 %

Tabelle 49 Sterbedaten: Durchschnittliches Sterbealter bei Anz. der Pat. in 4 Altersklassen (Spannweite bei mehr als 1 Pat.) nach Frauen (n = 9) und Mannern (n = 19) in Absolutzahlen und Gesamtprozent

Ein Vergleich anhand der Tabelle läßt erkennen, daß die Unterschiede zwischen dem Durchschnittssterbealter der Frauen und der Männer minimal sind und deshalb nur geringen Aussagewert besitzen, d.h. die These kann insofern bestätigt werden.

Bei näherer Überprüfung stellt sich allerdings heraus, daß von den 19 verstorbenen Männern 12 erst nach ihrer Entlassung (zwischen 4 Wochen und 8 Jahren danach, also ein Mittel von = 3,6 Jahren), d.h. 63 % im Vergleich zu den Frauen, von denen nur 3 vor ihrem Tod noch aus psychiatrischer Obhut entlassen werden konnten (zwischen 5 Monaten und 8 Jahren danach, also ein Mittel von = 3,8 Jahren, d.h. 33 %).

Diese Diskrepanz von 30 % der 33 % "entlassenen verstorbenen" Frauen gegenüber den 63 % der "entlassenen verstorbenen" Männern bedeutet, daß die Erkrankung der anderen 6 weiblichen Patienten schon fortgeschrittener war. So sind nach der Verlegungsaktion auch 5 dieser 6 Frauen nach wenigen Wochen, spätestens 8 Monate danach, verstorben.

Anhand der Fallbeispiele kann dieses Ergebnis veranschaulicht werden.

Aus der Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen war den 2 verstorbenen Frauen mit dem einen verstorbenen Mann aus dieser Altersgruppe gemeinsam, daß sie innerhalb von 4 - 8 Wochen nach der Verlegung starben.

Bei dem männlichen Patienten (0604) handelt es sich um eine paranoid-halluzinatorische Psychose mit Persönlichkeitsdefekt bei schon bestehender Minderbegabung. 1 Jahr vor der Einweisung erlebte er den Straßen- und Kinderlärm als störend und unternahm einen Selbstmordversuch mit Tabletten, litt unter Schlaf- und Appetitlosigkeit. Vor der Verlegung war er 4mal in die Großklinik aufgenommen worden (Verweildauer insgesamt 10 Monate, 2 Wochen). Im Verlauf war seine Ich-Schwäche auffällig. Seine Versorgungswünsche und seine Gefühlswelt waren hauptsächlich auf Frauen gerichtet. Nachdem sich seine infantile Haltung zurückgebildet hatte, wagte er eigene Wünsche anzumelden. Bei gutem Kontakt zur Lieblingsschwester, bei der er hin und wieder aushalf, wurde er auf sein Drängen hin im Einverständnis mit der Schwester knapp 2 Monate nach der Verlegungsaktion entlassen. 4 Wochen danach suizidierte er sich auf der S-Bahnstrecke.1)

---

1) Dieser Selbstmord ist der einzig bekannt gewordene der Gruppe der 80 chronisch Kranken der Psychiatrie.

Bei den beiden Frauen aus dieser Altersgruppe handelte es sich:

Einmal um eine frühere Modistin (Pat. Nr. 0705) mit 15-jähriger Tätigkeit, die 3 Jahre nach einem Unfall, der zur Berentung führte (Lendenwirbelbruch) 33-jährig zum ersten Mal aus einem kleinen Ort aus Thüringen unmotiviert nach Berlin aufbrach. Zur Einweisung kam es aufgrund eines Selbstmordversuchs. Außerdem litt sie unter Verfolgungs- und Beziehungsideen. Die Diagnose lautete: Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit Alkoholabusus und Delirium tremens. Ihr Vater sei Großgrundbesitzer gewesen, sie das Produkt der inzestuösen Verbindung des Vaters mit seiner Schwester. Sie sei deshalb bei einem Landarbeiterehepaar aufgewachsen, die die eigenen Kinder ihr vorgezogen hätten. Vor der Verlegung befand sie sich etwa 3 Monate in der Großklinik, zuvor war sie 3 Monate nervenklinisch in der DDR behandelt worden. 8 Wochen nach der Verlegung verstarb die Patienten 43-jährig an einer Bronchopneumonie und einem toxischen Herz- und Kreislaufversagen.

Zum anderen handelte es sich um eine 49-jährige Patienten (0201), die zuletzt - aufgrund der Todesursache - als Organpsychose diagnostiziert wurde. 16 Jahre vor der Verlegung bestand das Bild einer akuten Schizophrenie. Im Verlauf wurde sie als schizophrener Defekt diagnostiziert. 2 Jahre vor Ausbruch der manifesten Erkrankung war sie nach 5-jähriger Berufstätigkeit arbeitslos geworden, wohnte daraufhin 15 J. bei der Mutter, die auch ihre Pflegschaft übernommen hatte. Mit dem Tod der Mutter wurde die Patientin zum 6.Mal in die Großklinik eingewiesen, weil sie nun existenzunfähig war (insgesamte Verweildauer 3 Jahre, 1 Monat, 2 Wochen). 7 Wochen nach der Verlegung verstarb sie 49-jährig aufgrund einer intracraniellen Blutung bei der Op. eines verkalkenden Meningeoms.

Zieht man zum ergänzenden Vergleich die Männergruppe der 61- bis 70-Jährigen hinzu, so geht bei näherer Betrachtung daraus hervor, daß diese vom Verlegungszeitpunkt an länger als die Frauen lebten, sei es wohlversorgt in der Klinik oder auch außerhalb in Institutionen wie Heimen. Die längere Lebenszeit bewegt sich zwischen 2 - 10 Jahren.

Aus allen Altersgruppen sind insgesamt bei den Männern weniger als ein Drittel verstorben, bei den Frauen jedoch mehr als die Hälfte. Das unmittelbare Sterben, z.B. der 5 Frauen, mag abhängig von deren fortgeschrittenen Alter sein, andererseits ist zu vermuten, daß die Frauen länger kompensiert draußen leben konnten und daß, als sie letztlich eingewiesen werden mußten oder im Verlauf als chronisch-psychisch Kranke eingestuft wurden, die psychiatrische Erkrankung mit ihrer psychischen und/oder körperlichen Dimension schon einen Schweregrad erreicht hatte, den die Männer in diesem Ausmaß nicht vorwiesen. Zur

Veranschaulichung dieser Überlegungen mögen die Falldarstellungen der anderen 7 weiblichen Verstorbenen dienen.

Eine Patientin (0101) mit der Diagnose einer senilen Demenz (Erkrankungsalter 70 Jahre, Sterbealter 70,5 Jahre) war in einem kleinen Ort in Schlesien gebürtig und von Beruf Hausangestellte, die in unterschiedlichen Familien gearbeitet hatte. Trotz ihrer Tätigkeit fühlte sich die Patientin in Berlin sehr isoliert, da sie niemanden kannte. Die Familien- und Eigengenese war nicht zu erheben, da mit der Patientin kein informatorisch verwertbares oder sinnvolles Gespräch zu führen gewesen sei. Sie war aufgrund eines Verwirrtheitszustandes eingewiesen worden. Sie wollte in mangelhaft bekleidetem Zustand aus einem Krankenhaus weglaufen, in dem sie sich zur Abheilung ihrer Beinwunde befand, die sie zu Hause - die Patientin lebte in eigener Wohnung - mit Zwirnfaden zugenäht hatte. Im Verlauf wird die Patientin erneut aus der Psychiatrie in ein Allgemeinkrankenhaus verlegt aufgrund einer Radiusfraktur und einer medialen Oberschenkelhalsfraktur, die sie sich bei einem Sturz während einer Auseinandersetzung mit einer Patientin zugezogen hatte. Sie verstarb dort 2 Monate nach der Verlegung aus der Großklinik, in der sie sich zuvor 3 Wochen befunden hatte. Die Todesursache war nicht zu eruieren, da der offizielle Teil des Leichenschauscheins nicht vorlag.

Weitere 3 weibliche Psychotiker verstarben im Zeitraum der Katamnese:

Eine Patientin (0610) mit der Diagnose einer paranoid-halluzinatorischen Psychose im Rückbildungsalter (Erkrankungsalter 58 Jahre, Sterbealter 64,5 Jahre) stammte aus einem kleinen Ort in der Ukraine, wo der Vater Landwirt war. 1 Jahr vor dem normalen Schulabschluß mußte die Patientin die Schule verlassen, weil sie ihre an Ischias erkrankte Mutter pflegen mußte. Später arbeitete sie als Hausangestellte und in einer Konditorei. Als sie heiratete, hörte sie mit dem Arbeiten auf und nahm erst wieder eine Tätigkeit aufgrund des Todes ihres Mannes auf. Seit dem Tod des Mannes und dem Auszug der Söhne aufgrund deren Verheiratung lebte sie 4 - 5 Jahre allein und fühlte sich verlassen. Im letzten Jahr vor der Einweisung präpsychotisch weinte sie viel, habe sich benommen und müde gefühlt. Es kam zur Einweisung, da sie ängstlich war und sich von Strom gemartert fühlte. Außerdem hörte sie Stimmen und hatte Suizidgedanken. In der Großklinik hat sich die Patientin knapp über 9 Wochen befunden, in der kleineren Klinikeinheit 3 Monate und knapp 1 Woche bis zur Entlassung nach Hause, wo sich ein Sohn um sie kümmern wollte. Die Patientin starb 8 J. nach ihrer Entlassung aus der Psychiatrie, wobei die Todesursache ungeklärt blieb.

Eine weitere Patientin (0609) mit der Diagnose einer paranoiden Psychose in der Involution (Erkrankungsalter 65 Jahre, Sterbealter 69,5 Jahre) war gebürtige Berlinerin. Sie war die jüngere von zwei Schwestern, die die Mutter "verwöhnten". Es hatte eine frühe Trennung vom Vater in unbekanntem Alter stattgefunden, so daß die Mutter die Familie ernähren mußte, indem sie Kleider entwarf und nähte. Die Patientin

arbeitete 40 Jahre lang als Verwaltungsangestellte, wurde jedoch 5 Jahre vor der normalen Zeit berentet. Zum Heiraten sei keine Zeit gewesen, sie habe aber viele Freundinnen gehabt. Da sie 60-jährig mit Sack und Pack obdachlos umherzog, kam es zu einer Heimeinweisung. Der Heimleiter, mit dem sie im Streit gelegen hatte, erhängte sich und dessen Frau verbrannte im Bett, worauf die Patientin dekompensierte. Zu vermuten ist, daß die Patientin unbewußte Todeswünsche und eigenes aggressives Erleben schuldhaft verarbeitete und nach außen projizierte: Sie fühlte sich verfolgt und von der Gesellschaft Jesu beobachtet. Außerdem litt sie unter Angstzuständen und aggressiven Erregungszuständen. Im Verlauf klagte die Patientin über wechselnde Beschwerden im Bauchbereich und im Kniegelenk. Wahnideen bestanden nicht mehr (Beispiel für Regressionstheorie). Sie hatte sich vor der Verlegung 2 Wochen in der Großklinik befunden und wurde nach 3 Monaten Aufenthalt in der kleineren Klinikeinheit in ein Haus für chronisch Erkrankte entlassen. Dort verstarb sie nach 5 Monaten an einem Schlaganfall.

Eine weitere Patientin (0608) mit der Diagnose einer Involutionsdepression mit paranoiden Zügen (Erkrankungsalter 53 Jahre, Sterbealter 72 Jahre) stammte ursprünglich aus einem kleinen Ort in Schlesien, war gelernte Hausangestellte, später Montiererin in Berlin. Aus der Familienanamnese geht hervor, daß die Mutter, als die Patientin 6 Jahre alt war, in eine Nervenklinik kam. Die Patientin mußte mit ihren 6 Geschwistern (sie war das 3. Kind) in ein Waisenhaus, da der Vater damals die Familie verließ. Zur Einweisung war es gekommen, da die Patientin Suizidabsichten hatte und allein existenzunfähig war. 3 Jahre nach der Einweisung wurde ein schwerer Diabetes mellitus entdeckt. Im Verlauf wurde die Patientin zunehmend antriebsarm und inaktiv. Die Verfolgungsideen, die zunächst vorherrschten, verschwanden und ein depressives Bild wurde deutlich. Die Patientin verstarb 72-jährig als Patientin der kleineren Klinikeinheit an Nierenversagen in einem allgemeinen Krankenhaus, knapp 10 Jahre nach der Verlegung aus der Großklinik (Verlegungsalter: 62 Jahre), in der sie sich insgesamt 7 Jahre bei 6 Aufnahmen befunden hatte.

Bei den drei verstorbenen weiblichen Schizophrenen handelte es sich um:

Eine bei der Verlegung 65-jährige Patientin (0706), die sich zuvor 30 Jahre, 9 Monate, 4 Tage in der Großklinik befunden hatte, in die sie 36-jährig eingewiesen worden war. Sie hatte bis zu ihrem sozialen Abstieg 15 Jahre lang als Hausangestellte gearbeitet, wobei sie bei ihrem Arbeitgeber wohnte. Die Patientin stammte ursprünglich aus einer mehr dörflichen Gemeinschaft mit weniger als 5.000 Einwohnern und war die Älteste von 9 Kindern. Sie kam präpsychotisch 1/2 Jahr vor der Einweisung (nach einem Urlaub in der schlesischen Heimat, die sie 8 Jahre lang nicht mehr aufgesucht hatte) verändert zurück. Es habe dort belastende Konflikte in der Familie gegeben. Einweisungsgrund war, daß sie den Brotherrn mit einem Beil bedrohte und Wahnideen mit bedrohlichem Charakter äußerte. So z.B.: "... wenn die Kapelle St. (Name des

ehemaligen Verlobten) im Radio spiele, dann schlage sie den Kasten kaputt". 29-jährig war sie dem Verlobten nachgereist, hatte ihn aber nur noch 2mal gesehen. Außerhalb der Familie des Arbeitgebers hatte sie keine Kontakte in Berlin. Psychiatrisch ergab sich keine Unterbrechung, im Verlauf gab es keine Auffälligkeiten; in der Beschäftigungstherapie war sie kreativ. Die Diagnose 'schizophrener Defekt' aus der Großklinik wurde in der kleineren Klinikeinheit zur 'paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie' psychopathologisch abgeschwächt. Die Patientin starb knapp 69-jährig am Coma uraemicum als Patientin der Psychiatrie, nachdem sie wegen einer Rippenfellentzündung 7 Wochen im allgemeinen Krankenhaus gelegen hatte.

Eine weitere schizophrene Patientin (0707) mit 72 Jahren erkrankt (Sterbealter 81,5 Jahre), bei der die Diagnose zunächst paranoid-halluzinatorische Schizophrenie lautete, wurde später als Defektschizophrenie beschrieben. Die Patientin, zweitjüngste von 6 Kindern, hatte ihren Vater 6-jährig verloren. Zu arbeiten begann sie als Hausangestellte in Mutters Pension in einer Stadt mittlerer Größe der deutschen Ostgebiete (heutiges Polen). In Berlin arbeitete sie 10 Jahre lang bei der Post bis zur Eheschließung. Eine symbiotische Beziehung zu ihrem Mann beschrieb sie als "35 Ehejahre Himmel auf Erden". 2 Jahre vor Beginn der Erkrankung hatte sich das Paar völlig aus dem geselligen Leben zurückgezogen. Die in der Krankengeschichte beschriebene "Folie à deux" fand ihr Ende, als der Mann verstarb und sie manifest erkrankte. In der Großklinik hatte sie sich bei 3 Aufnahmen insgesamt 1 Jahr, 9 Monate, in der kleineren Klinikeinheit bei 2 Aufnahmen insgesamt 2 Jahre, 5 Monate und 2 Wochen befunden. Die Patientin wurde jeweils in ihre eigene Wohnung entlassen. Sie verstarb mit 81,5 Jahren an einem Herzinfarkt und Blutarmut in einem allgemeinen Krankenhaus knapp 3 Jahre nach ihrer letzten Entlassung.

Eine weitere schizophrene Patientin (0704) mit der Diagnose schizophrener Defektzustand begann 24-jährig, 5 Jahre vor der Manifestation, sich in sich zurückzuziehen, so daß präpsychotisch ein eindeutiger Leistungsknick festzustellen war: 1 Jahr vor Ausbruch der manifesten Erkrankung führte sie ihre Tätigkeit als Fürsorgerin, der sie 10 Jahre lang nachgegangen war, nicht mehr aus. Vor Aufnahme in die Großklinik, in der sie sich 2 Jahre, 2 Monate und 1 Woche befunden hatte, wurde sie in 3 verschiedenen Nervenkliniken behandelt, u.a. auch ergebnislos mit EKT. Mit weiteren ergebnislosen EKT-Behandlungen wurde sie auch in der Großklinik behandelt. In der kleineren Klinikeinheit befand sie sich 1 Monat, 2 Wochen, 5 Tage, bis sie an einem Unterleibstumor mit Infiltrat des rechten Ureters 59 1/2-jährig verstarb. Die Patientin, die im Verlauf verhaltens- und antriebsgestört war, litt außerdem unter Denkstörungen und Erregungszuständen, die sie aggressiv zu Mitpatienten und Besuchern sein ließ. Die Patientin konnte zur eigenen Entwicklung nichts aussagen. Zur Familie bestand nur so lange ein Kontakt, so lange die Mutter noch lebte, aber auch dieser war gestört: So war in der Krankengeschichte festgehalten worden, daß sie nach einer der ersten Behandlungsstationen sehr "häßlich" zu einem Familienmitglied gewesen sei. "Man ist aber mit ihr fertiggeworden."

Auch bei vorsichtiger Beurteilung wird anhand dieser Fallbeispiele deutlich, daß die vermehrten Todesfälle bei den Frauen sich nicht nur selektionsspezifisch, d.h. abhängig von unterschiedlichem Alter, sondern auch unter anderen Gesichtspunkten erklären läßt, nämlich denen der Schwere der Erkrankung und der geschlechtsspezifischen Rolle der Dienerin anderer, die an irgendeinem Endpunkt nur noch die totale Regression im Tod zur Verfügung hat.

Betrachtet man nun noch andere Aspekte der Sterbedaten, so läßt sich feststellen, daß 28 Patienten (35 %), also knapp über ein Drittel dieser Kohorte im Verlauf von 10 Jahren verstorben sind, was einen bedeutsamen Einblick in die grundsätzlich vorhandene Bereitschaft, sich aufzugeben, sich endgültig fallenzulassen, ermöglicht. Diese ist vergleichbar mit der psychischen Regression der noch in der Psychiatrie Verbliebenen. Die folgende Tabelle ermöglicht einen Überblick über die Todes- bzw. Regressionsart (s. auch Kap. III.9: Umfang nicht psychiatrischer körperlicher Erkrankungen), die von den Patienten "gewählt" bzw. wohin und wie lange vor ihrem Tod die Patienten entlassen worden sind.

Anz.	Diagnosen (Mehrfachnennungen sind möglich)	Todesursachen					Zuvor Entlassung			
		Suizid	Krebs	Anderes	nicht geklärt	nach Einwohnermeldeamt (o. Ges. Amt: Sterbeakte) nicht auffindbar	nach Hause	in Heim	Verlegung u. Anderes (Instit.)	durchschnittl Zeitraum i.J zwischen Entlassung u. Zeitpunkt d. Todes (Spannweite)
2	präsenile oder senile Demenz			1	1				1	7,6 J
4	andere organisch psychiatr. Erkrankng.		1	2		1		1	1	4,4 J. (3,4-5,5 J.)
1	Oligophrenie			1					1	2 J
4	Alkoholismus		1	2	1				1	4,6 J
10	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions Depressionen; schizo affektive Psychos.	1		6	2	1	4	1	1	3 J (0,1-9,1 J.)
7	Schizophrenien		1	6			2	2		4,1 J (1,7-7,7 J.)
28	Insgesamt	1	3	18	4	2	6	4	5	
	%	4 %	11 %	64 %	14 %	7 %	21 %	14 %	18 %	
	Zuvor Entlassene: insgesamt						15			4,9 J. (0,1-9,1 J.)
	%						54 %			

Tabelle 50

Sterbedaten: Todesursachen und vorherige Entlassung in Absolutzahlen und Gesamtprozent; durchschnittlicher Zeitraum i. Jahren nach Entlassung aus kleinerer Klinikeinheit bis zum Zeitpunkt des Todes (Spannweite bei mehr als 1 Pat.)

An welcher körperlichen Erkrankung die Patienten letztlich verstarben (nur 1 Patient fand keinen "natürlichen" Tod), ist nur teilweise bekannt geworden, da der nicht vertrauliche Teil des Leichenschauscheins in 4 Fällen nicht vorlag, bzw. in 2 Fällen die Sterbeakte nicht auffindbar war.

Die bekanntgewordenen oder geklärten Todesursachen betreffen neben

- 3 Krebspatienten
- 18 an anderen Todesursachen Verstorbene; davon sind 12 bekannt geworden, verstorben an:

- Herz- und Kreislaufversagen	6 Patienten
- Lungenentzündung	3 Patienten
- Schlaganfall	1 Patient
- Nierenversagen	1 Patient
- Blutung bei Thrombozytokoagulopathie	1 Patient

Von insgesamt 28 Verstorbenen konnten zuvor 15 Patienten aus der kleineren Klinikeinheit entlassen oder verlegt werden = 54 %; dabei 6 (21 %) von 28 Patienten nach Hause entlassen, 4 Patienten (14 %) ins Heim entlassen; 5 Patienten (18 %) wurden zuvor verlegt.

Der durchschnittliche Zeitraum in Jahren zwischen Entlassung und Zeitpunkt des Todes belief sich auf 4,3 Jahre (bei einer Spannweite von 0,1 - 9,1 Jahren), d.h. entsprechend der Tabellenübersicht konnte eine größere Anzahl von Patienten bevor sie starben, eine Reihe von Jahren noch außerhalb psychiatrischer Unterbringung leben.

Betrachtet man die Häufung der Sterbefälle innerhalb der Kohorte nun eingehender diagnosenspezifisch, so ergibt sich folgende Auflistung:

Ursprünglich von:

2	Dementiae	sind verstorben,	2 (100 %) oder verlegt	davor entlassen 1 Patient
6	Organiker	" 4 (67 %)	"	2 Patienten
13	Oligophrene	" 1 (8 %)	"	1 Patient
12	Alkoholiker	" 4 (33 %)	"	1 Patient
11	Psychosen	" 10 (91 %)	"	6 Patienten
34	Schizophrenien	" 7 (21 %)	"	4 Patienten

Neben den senilen Demenz-Patienten und den Organikern fallen insbesondere 10 der 11 an verschiedenen Psychoseformen erkrankten Patienten auf, von denen allerdings 6 Patienten, bevor sie starben, entlassen oder verlegt werden konnten. Die Frage bietet sich an, inwieweit das somatische Korrelat der Erkrankung bis hin zum Tode nicht die psychische Dimension der Regression bei diesen 6 entlassenen Patienten ablöste oder aufhob. Allerdings muß die Frage spekulativ beantwortet bleiben, da nicht bekannt ist, wie sehr psychopathologisch gestört diese Patienten noch zum Zeitpunkt des Todes waren; andererseits konnten die entlassenen Verstorbenen ja (außer dem 1 Patienten, der sich 4 Wochen nach Entlassung suizidierte) immerhin bis zu 9 Jahre (Mittel = 3 Jahre) außerhalb stationär-psychiatrischer Unterbringung leben, wobei eine Reihe dieser Patienten (außer dem 1 suizidierten Patienten mit 45,3 Jahren) ohnehin relativ alt verstarben (nämlich bis zu 79,5 Jahre - im Mittel mit 68,3 Jahren). Siehe dazu auch nachfolgende Tabelle: Sterbeort und durchschnittliches Sterbealter.

Anz.	Diagnosen	Psychiatrische Klinik	Allgemein-Krankenhaus	Anderes: Institution; DRK Klinik Chroniker Klinik;	außerhalb von Institutionen	nach Einwohnermeldeamt oder Gesundheitsamt Sterbedaten nicht auffindbar	durchschnittl Sterbealter i. Jahren (Spannweite)
2	präsenile oder senile Demenz		1	1			72,1 J (70,5 - 74,4 J.)
4	andere organisch psychiatr. Erkrankng.		2	1		1	63,5 J (50,7 - 75,4 J.)
1	Oligophrenie		1				41,9 J
4	Alkoholismus	3		1			67,9 J. (60,9 - 76,6 J.)
10	Psychosen: Zyklophrenie; Involutions Depressionen; schizo-affektive Psychos.	3	4	1	1	1	68,3 J. (45,3 - 79,5 J.)
7	Schizophrenien		6	1			59,3 J (42,4 - 81,6 J.)
28	Insgesamt	6	14	5	1	2	62,2 J
	%	21 %	50 %	10 %	4 %	7 %	(42,4 - 81,6 J.)

Tabelle 51 Sterbedaten: Sterbeort in Absolutzahlen und Gesamtprozent; durchschnittliches Sterbealter i. Jahren (Spannweite bei mehr als 1 Pat.)

Von den 28 Verstorbenen befanden sich noch 6 Patienten stationär in psychiatrischer Unterbringung (in der kleineren Klinikeinheit). Im Allgemeinkrankenhaus verstarben 14 (50 %), d.h. das Sterben oder der Tod selbst nivelliert die psychische Dimension der Erkrankung, so daß letztlich nur noch das somatische Geschehen im Vordergrund steht und entsprechend ver- oder entsorgt werden muß.

5 Patienten (10 %) verstarben in anderen Einrichtungen.
1 Patient (Nr. 0604) verstarb durch Suizid auf offener Bahnstrecke 4 Wochen nach seiner Entlassung.

Das durchschnittliche Sterbealter der Patienten insgesamt betrug im Mittel 62,2 Jahre (Spannweite 42,4 - 81,6 J.).

Neben dem einen 41,9-jährigen oligophrenen Patienten (0401), der postoperativ (Hernie) an inneren Blutungen verstarb, gab es neben den Alterspatienten insbesondere eine Reihe psychotischer Patienten (Psychotiker und Schizophrene), die eher in jüngerem Alter verstarben (ablesbar an der Spannweite).

Dies erstaunt wenig, wenn wir uns erinnern, daß die Psychotiker insgesamt während ihres Klinikaufenthaltes noch im Rahmen der Katamnese eine Vielzahl befallender Organsysteme aufwiesen, nämlich 57 Nennungen bei 45 Patienten (s. auch Kap. III.9, "Umfang nicht-psychiatrischer körperlicher Erkrankungen", S. 323), d.h., es bestand eine hohe Erkrankungsneigung mit entsprechenden somatischen Korrelaten, passend zur Schwere der Psychopathologie, so daß die früh gesetzte absolute Regression im Tod nur als Endpunkt der regressiven "Rutschbahn" zu verstehen ist.

Andererseits gibt es ja auch - ersichtlich an der diagnosenspezifischen Spannweite des Sterbealtermittels - eine erhebliche Anzahl alt gewordener Psychotiker.

So leben zum Zeitpunkt der Spätkatamnese die einzigen beiden noch stationär untergebrachten psychotischen Frauen (1611 und 1709) in hohem Alter (85- bzw. 89-jährig) auf der Chroniker-Frauenstation, eingesponnen in eine eigene floride Phantasie- und Wahnwelt, aber "eingebettet" in die totale stationäre Versorgung.

Die explorative Datenanalyse mit ihren drei Teilen der Katamnese, der Spätkatamnese und der Sterbedaten findet an diesem Punkte ihren natürlichen Abschluß. Die Einzelergebnisse sollen abschließend im folgenden Kapitel VI: Soziales Netz defekt? übergreifend diskutiert werden.

VI. Zusammenfassende Diskussion: Soziales Netz defekt? Alternativen und Ausblick

Diese sozialrehabilitative Studie verfolgt das Schicksal von 80 chronisch Kranken der Psychiatrie, die 1969 im Rahmen von Dezentralisierungsbemühungen von einer Großklinik mit Verwahrcharakter in eine kleinere klinische Einheit (eine Abteilung einer Fachklinik) mit therapeutischen Zielsetzungen verlegt worden sind. Es handelte sich dabei um ganz unterschiedliche Diagnosen: 2 demente Patienten; 6 Patienten mit psychoorganischen Syndromen; 13 Oligophrene; 12 Alkoholerkrankte; 11 Patienten mit affektiven Psychosen; 34 Patienten mit schizophrenen Psychosen; 1 Patient mit Persönlichkeitsstörung und 1 Patient, der nicht klassifizierbar war. Abgesehen von dem diagnostischen Profil: Wer sind diese Menschen? Und was ist nach 10 Jahren aus diesen 64 Männern und 16 Frauen geworden?

Der methodologische Schwerpunkt der Studie folgte - über die verzweigte und ausführliche Darstellung von einzelnen Entwicklungsverläufen - der Linie der praktischen Kausalforschung, wie sie GLEISS (1980, 165) fordert. Nach GERDES (1979, 4) ermöglicht gerade dieser primär-qualitative Forschungsansatz eine relativ umfassende direkte Kenntnis eines bestimmten Bereiches sozialer Wirklichkeit.

Auf dem Hintergrund dieser qualitativen explorativen Forschung wird auch der Umfang dieser Studie verständlich: Der ganzheitliche Versuch, in dem nicht empirisch faktorenanalytisch gearbeitet wurde, bietet indessen eine kleine Gesamtschau der Schicksalsfaktoren, die bestimmend für den Lebensweg dieser Menschen waren.

Da die gewonnenen Einsichten und Erkenntnisse im Rahmen dieser Kohortenstudie fortlaufend anhand von Thesen kapitelweise überprüft und besprochen worden sind, sollen - um möglichst einer Redundanz vorzubeugen - zu Einzelergebnissen primär nur kurz noch einmal in Zusammenhang mit der Bantwortung des Fragenkatalogs zur Zielsetzung Stellung genommen werden. Im übrigen werden an dieser Stelle nur mehr einige Haupttrends der Untersuchung zusammengefaßt und auf dem Hintergrund der Literaturtrends - sofern feststellbar - diskutiert.

Der Begriff Behinderung in dem in dieser Studie angewandten Sinne lehnt sich an ein Konzept von Behinderung (SCHWARZ und MICHAEL 1977) in dem sich "innere" (durch die Erkrankung bedingte Funktionseinschränkung bzw. Beeinträchtigung) und "äußere" (umweltbedingte wie Familienbeziehungen, Sozialverhalten, Arbeitssituation, wichtige Lebensereignisse) Faktoren in intensiver Weise verschränken.

Vier aus einer Vielzahl von Teilaspekten sich herauskristallisierende Themenschwerpunkte sollen die zusammenfassende Diskussion leiten:

1. Krankheitsfaktor: Soziogenese und individuelle Regressionsbereitbereitschaften
2. Verschlimmerungsfaktor: Institutionsstruktur
3. Soziales Netz defekt?
4. Die italienische Psychiatriereform - ein Modell?

Hauptaugenmerk wird einmal auf den Ausgangspunkt der Tragfähigkeit des sozialen Netzes gelegt. Es werden dabei neben einem Geschlechtsvergleich einige herausragende psychosoziale Bedingungen der Genese und der Langzeitentwicklung der chronisch psychisch Kranken besprochen und die regressiven Tendenzen dieser Patienten auch hinsichtlich prognostischer Aspekte beurteilt. Außerdem wird zur Frage der institutionellen bzw. einer möglichen alternativen Versorgung in Anlehnung bzw. Abhebung der psychiatrischen Versorgung in Italien Stellung bezogen.

1. Soziogenese

Familie und frühkindliche Entwicklungsbedingungen

Daß das Zerbrechen der Familienstruktur und die Unvollständigkeit einer Familie dazu beitragen können, eine Fehlentwicklung einzuleiten, die sich erst im späteren Leben manifestieren mag, belegen viele Autoren (BATESON und JACKSON 1969, 44 ff.; VINNAI 1973, 45; MONAHAN 1968, 73 ff.; RICHTER 1969, 75 ff.; MOSER 1971, 231; HINTERHUBER 1973; BATTEGAY et al. 1975, 77; ABELIN 1975; HUBER et al. 1979 usw.).

Dieser Trend konnte mit dieser Patientengruppe insofern bestätigt werden, als es zu 56 Nennungen aus unterschiedlichen Belastungsbereichen (sozialschwache Familie, Mutter krank oder wegen psychischer Erkrankung in stationärer Behandlung. Familienmitglieder krank: Nerven-, Gemütskrank: Suiziddrohungen, psychopathologische Auffälligkeiten), die zu Zerrüttung einer Familie beitragen können, gekommen ist. Die defizitären Entwicklungsbedingungen der Eltern der Patienten setzten sich insofern in der Familie fort, als vermehrt seelisch belastende und behindernde Er- und Beziehungsformen (Ambivalenz, Härten, Verwöhnung) genannt wurden (40 x). Schlußfolgerungen wurden jedoch nur sehr vorsichtig gezogen.

Daß das Fehlen einer positiven Familiengeschichte bzw. eine unvollständige Familienkonstellation prädisponierende Faktoren für psychische Erkrankungen darstellen, betonen u.a. HINTERHUBER (1973), MESTER (1980) und BATTEGAY et al. (1975) und HUBER et al. (1979).

In der Normalbevölkerung stammen schätzungsweise 18 % der Adoleszenten aus keiner vollständigen Familie mit leiblichen Eltern (MESTER 1980, 302). Im Vergleich dazu fehlte in der vorliegenden Gruppe bei 41 % ein leiblicher Elternteil (bis zum 18. Lebensjahr), d.h. mehr als doppelt so oft als in der Normalbevölkerung. Dieses Ergebnis bestätigt den Trend von BATTEGAY und Mitarbeiter (1975, 77), die gegenüber der Durchschnittsbevölkerung unter ihren Poliklinik-Patienten (n = 500 repräsentativ für 6.922 Patienten) einen wesentlich höheren Anteil von gestörten familialen Verhältnissen fanden. D.h., es wuchsen mehr

Patienten mit nur einem Elternteil, bei Pflegeeltern, in Heimen oder elternlos auf.

Eine Differenzierung der Schizophrenen von den anderen psychiatrischen Subgruppen ergab hinsichtlich der Unvollständigkeit der Familiensituation kein bedeutsames Ergebnis.

Daß gestörte frühkindliche Entwicklungsbedingungen zu Reifeverzögerungen oder zu Störungen der Beziehungsfähigkeit führen, erwähnt KEPPLER et al. (1979, 723) beim Durchforsten von frühkindlichen Anamnesen von später schizophren Erkrankten. Dieser Trend kann insofern bestätigt werden, als belastende Rahmenbedingungen wie unerwünschtes Kind, Risikogeburt, uneheliche Geburt, Erziehung in Waisenhäusern, Trunksucht der Eltern, Trennung oder Tod der Eltern, wie oben beschrieben, andere belastende Familienverhältnisse in Form von 76 (95 %) Nennungen überhäufig vorgefunden wurden. Diese bildeten die Voraussetzungen für die sich zunächst prämordial niederschlagenden Störungen und Reifungsverzögerungen im Erziehungs-, Kontakt- und Leistungsbereich, wo es zu 35 (62 %) Nennungen kam. In diesen 3 Störbereichen waren 18 (53 %) von 34 Schizophrenen vermehrt betroffen.

Der Trend einer zufälligen Erwartung der Stellung des schizophrenen Kindes in der Geschwisterreihe, wie sie PRICE und HARE (1969, 633) vertreten, konnte in dieser Kohortenstudie nicht bestätigt werden. So waren gerade die beiden Exponenten einer Geschwisterreihe (1. Kind, Jüngstes oder Nachkömmling) mit 27 (79 %) von 34 schizophrenen Patienten überhäufig vertreten - auch die Gruppe der Alkoholiker entsprach hinsichtlich der Stellung in der Geschwisterreihe keiner zufälligen Erwartung: vermehrt befanden sich 7 (58 %) von 12 Patienten in einer Mittelstellung (in zu einem Drittel kinderreichen Familien), so daß diese in der Geschwisterschar untergingen und auf orale Befriedigungsmöglichkeiten u.a. als Ersatz für Selbstwert und Bestätigung lebenslang zurückgreifen mußten.

19 (24 %), also knapp ein Viertel der Patienten, stammen aus einer kinderreichen Familie mit 5 - 15 Kindern, wobei allein 14 (31 %) Familien dieser Größe auf die 45 psychotischen Erkrankungen insgesamt

fallen. Es läßt sich vermuten, daß der Selbstwert und der Selbstfindungsprozeß (z.B. über Identifikation) einzelner durch diese Kinderschwemme und in der Folge durch eine - mit jedem neugeborenen Kind - immer indifferenter werdenden Bezugswelt verunsichert wurde, was sich später möglicherweise in unverträglichem Rivalisieren und Konkurrieren, in Futterneid, in peinliche Achtsamkeit bezogen auf Intimes, Eigentum usw. zum lebenslangen Konfliktstoff ummünzte. - Die Exponenten jedoch am Anfang oder Ende insbesondere einer großer Geschwisterschar sind wiederum vermehrt den elterlichen "Delegationen" ausgesetzt, wie sie STIERLIN (1977, 282) beschreibt.

Dieser Trend der großen Geschwisterschar und der bedeutsamen Stellung am Beginn oder Ende einer Geschwisterreihe werden durch die lebenslangen Verläufe von 157 schizophrenen Ersterkrankten (aufgenommen zwischen 1930 - 1940), die HINTERHUBER (1973) erwähnt, erhärtet. HINTERHUBER beobachtete neben zahlreichen Geschwistern (im Mittel 5,4) eine besondere Häufigkeit schizophrener Erkrankungen bei Erstgeborenen und jüngsten Kindern.

Ausbildung und Beruf

Abhängig von prämorbiden Persönlichkeitsstrukturen und einem frühen Erkrankungsalter zeigten die Patienten der Kohorte im Mittel ein niedriges Bildungsniveau (außer den 12 Alkoholikern, die alle einen Schulabschluß und 10 davon einen Lehrabschluß vorwiesen).

Die Ausbildungsquoten entsprechen zu Teilen denen der ambulant untersuchten erwachsenen Patienten des AOK-Instituts für psychogene Erkrankungen in Berlin (n = 1000), wie sie RUDOLF (1973, 131) bespricht: 68 % der Kohorte haben einen Schulabschluß; 46 % eine Lehre absolviert (59 % der AOK-Patienten); 33 % blieben ungelernt (30 % der AOK-Patienten); jedoch 20 % der AOK-Untersuchten sind Studenten und Hochschulabsolventen. Hier unterscheidet sich die Kohorte wesentlich: Es gab nur 3 Patienten mit Abitur, wovon 1 Patient einen Hochschulabschluß schaffte (insgesamt 4 %). Wenn man davon ausgeht: Je besser die berufliche Qualifikationen, desto besser die soziale Remission (hinsichtlich Arbeit und eigenem Lebensunterhalt), so erstaunt es

wenig, daß zum Zeitpunkt der Spätkatamnese keiner der 52 lebenden Patienten einer Tätigkeit nachgeht, außer den wenigen Patienten, die mehr oder weniger institutionell betreut in einem geschützten Milieu arbeiten und damit ihr Taschengeld verdienen oder einen Beitrag zum Lebensunterhalt leisten.

Arbeit aufgenommen hatten 88 %, gut die Hälfte dieser Patienten jedoch führte ein unstetes Arbeitsleben mit häufigem Stellenwechsel, Arbeitslosenzeiten und zwischenzeitlichen Berentungen. Bei gut einem Viertel (29 %) der Patienten war ein Leistungsknick feststellbar, der zu einer frühen Invalidisierung führte. Diese Zahlen stellen den trendmäßigen sozialen Abstieg am augenfälligsten dar.

Soziale Schicht

Daß ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und psychischer Erkrankung besteht, belegen eine große Anzahl von Untersuchungen (FARIS und DUNHAM 1975; FRIED 1969; GLEISS et al. 1973; KOHN 1974; HUBER et al. 1979; LEHMKUHL 1979 u.a.m.). Psychisch kranke Menschen rekrutieren sich so primär, d.h. zu 70 bis 81 % aus den untersten sozialen Schichten (DOHRENWEND und DOHRENWEND 1974; BATTEGAY et al. 1975). Epidemiologisch zeigt sich der Trend, daß, je größer in einem Versorgungsgebiet die Population chronisch Hospitalisierter ist, auf umsomehr (alleinstehende) Patienten aus der untersten Sozialschicht man dort stoßen wird, wie es DILLING und WEYERER (1978, 248) in Süd-Ost-Bayern ausfindig machten.

Es wurde das Schichtmodell von HOLLINGSHEAD und REDLICH (1975) zur Schichtpositionsbestimmung zu Grunde gelegt, das über eine vermutete signifikante Beziehung zwischen unteren Sozialschichten und dem chronischen Verlauf ihrer psychiatrischen Erkrankung Aussagen erlaubt.

Kein Patient der Kohorte gehört der Schicht I und II an. Darüber hinaus waren Angehörige der Schichten III und IV hinsichtlich Ausbildung und beruflicher Qualifikation tendenziell eher der unteren Marge ihrer jeweiligen Schicht zuzuordnen. Die Patienten ließen sich mit 100 % den Kategorien der unteren und oberen Unterschicht und un-

teren Mittelschicht zuordnen. Der oben beschriebene Trend kann mit dieser Gruppe voll bestätigt werden. Im Bevölkerungsvergleich (BRD) fällt so unter diesen Patienten ein 25 % höherer Anteil der prämorbiden Zugehörigkeit zu den unteren sozialen Schichten auf: 32 (40 %) von 80 Schicht III; 18 (23 %) Schicht IV und 29 (36 %) Schicht V. Für die unterste soziale Schichtung (V) ergibt sich ein weiteres abweichendes Ergebnis zu den epidemiologischen Trendstudien in New Haven (1950 - HOLLINGSHEAD und REDLICH 1975) und Süd-Ost-Bayerns (DILLING und WEYERER 1978).

Schicht V

New Haven	18,4 %
Süd-Ost-Bayern	17,0 %
Kohorte	36,2 %

Daß insbesondere psychiatrisch Erkrankte unterschiedlicher Diagnosen der untersten Schichtung V einen chronischen Verlauf nehmen, konnte so auch bei vorsichtiger Beurteilung zunächst bestätigt werden. Abweichend jedoch von den Befunden HÄFNER's (1971) und STROTZKA's et al. (1968), die gehäuft Oligophrene, Schizophrene und Alkoholiker in der Unterschicht vorfanden, läßt sich eine Zugehörigkeit tendenziell zur unteren Schichtung vorwiegend für Schizophrene und Oligophrene, nicht jedoch für 11 aus 12 Alkoholerkrankte (91 %), die Schicht III angehörten, bestätigen. (Dies beantwortet die Frage hinsichtlich einer Korrelation der Schichtabhängigkeit und Diagnose in Kap. II.1.2.1)

Die Aufenthaltsdauer der hospitalisierten Patienten ist nach DILLING und WEYERER (1979, 215) umso länger, je niedriger deren sozio-ökonomische Position ist. Dieser Trend ist zwar da, als es zu einem fast gesetzmäßigen prozentualen Anstieg der Verweildauer kommt, je geringer der Sozialgradient ist. Abweichend jedoch vom Gesamttrend der New Haven-Population 1950 (HOLLINGSHEAD und REDLICH 1975), der ergab, daß psychosekranke Unterschichtpatienten durchschnittlich am längsten in stationärer Behandlung verweilten, stellte sich in dieser Kohorte ein unterschiedliches Ergebnis ein. So zeigten nämlich nicht nur die unterste Schicht (V) mit 12 männlichen Schizophrenen einen durchschnitt-

lichen Verweilzeitraum von insgesamt 10 Jahren, sondern auch 12 männliche und weibliche Schizophrene aus Schicht III sind insgesamt 10 Jahre stationär verblieben. Andererseits konnten 11 von 34 Schizophrenen (32 %) Patienten aus Schichten III bis V zum Zeitpunkt der Spätkatatmnese außerhalb stationärer Versorgung angetroffen werden (7 schizophrene Patienten waren bis dann verstorben).

Es bezieht sich der Trend der längsten Verweilzeiträume für die unterste Schicht primär, d.h. prozentual auf die 12 von 13 Oligophrenen, die infolge ihrer frühen psychiatrisch auffällig gewordenen Behinderung, naturgemäß - im Vergleich zu den anderen diagnostischen Subgruppen - die längsten Verweilzeiträume aufwiesen.

Andererseits stellt sich die Frage, ob es im Vergleich zu New Haven in Berlin eine umfassendere, bedarfsgerechtere Versorgung gibt, die die Entlassung der ein Drittel dieser schizophrenen Patienten ermöglichte. Hier kann die relativ hohe Anzahl niedergelassener Ärzte eine Rolle spielen, andererseits konnte mit der Psychopharmaka-Therapie, die ja erst Anfang 1950 (also nach der New Haven-Studie) einsetzte, manch eine Entlassungschance erst realisiert werden.

Darüber hinaus handelt es sich hier um Patienten, die in ein klinisches Umfeld verlegt worden waren, um eben diesen noch vorhandenen Rehabilitationschancen förderlich zu sein. Im übrigen handelt es sich ja im Vergleich zu der groß angelegten New Haven-Studie um eine außerordentlich kleine Gruppierung, so daß hier Schlüsse nur sehr vorsichtig gezogen werden dürfen.

Daß sowohl die 12 schizophrenen Patienten von Schicht III und die 12 schizophrenen Patienten von Schicht V diese langen Verweilzeiträume vorweisen, mag nur bedingt von der Schichtzugehörigkeit abhängig sein. Die Schwere der schizophrenogenen Behinderung der Schicht-III-Patienten (die verbliebenen sind vorwiegend jüngeren Alters) und deren regressive Positionen haben hier wohl eine ausschlaggebende Rolle gespielt.

Schicht-III-Patienten aller Diagnosen insgesamt zeigen zwar die kürzeren Verweilzeiträume gegenüber den Patienten aus Schicht V mit den weitaus längsten Verweilzeiträumen; daß sie dennoch "kränker" waren, macht eindrücklich die Tabelle 20: Soziale Schicht und Aufenthaltsdauer. Verbleib zum Zeitpunkt der Spätkatatmnese (S. 228) klar: Von insgesamt 32 Patienten dieser Schicht (III) sind 15 Patienten verstorben, 6 Patienten in der kleineren Klinikeinheit verblieben, 7 Patienten entlassen, 4 Patienten jedoch wieder aufgenommen worden, d.h. von 32 Patienten konnten nur 3 Patienten die Rehabilitationschance realisieren. Hingegen zeigte Schicht V von insgesamt 29 Patienten 4 Verstorbene, 8 in kleinerer Klinikeinheit Verbliebene, 15 Entlassene und 2 Wiederaufnahmen in der Großklinik. Dies ist - trotz relativ geringer Vergleichsgröße - unseres Erachtens ein eindrückliches Ergebnis, das in Widerspruch zur Schichtabhängigkeit steht und damit die Frage 1 in Kap. II.1.2 (Chronischer Verlauf in Abhängigkeit von drei sozialen Bedingungsfeldern) beantwortet: Angehörige der Schicht V zeigen zwar die längsten stationären Behandlungen; jedoch kann die Dauerunterbringung des individuellen Patienten bzw. seine Entlassung nicht primär als Ausdruck der Zugehörigkeit zu den sozialen Unterschichten betrachtet werden, sondern muß auch als Ausdruck der Schwere der Erkrankung verstanden werden bzw. seiner Regressionsbereitschaft, die durch die stationäre Versorgungs-"falle" - wie es die Referentin nannte - perpetuiert wird.

In Beantwortung einer Fragestellung zur Schichtabhängigkeit des chronischen Verlaufes in Kap. II.1.2.1 und abweichend von den Schlüssen hierin, die DILLING und WEYERER (1978, 217) zu den ungünstigen therapeutischen Aussichten und Rehabilitationschancen für die unteren sozialen Schichten ziehen, soll mit Hilfe dieser Kohorte neu überlegt werden: angebotene bzw. vorhandene Rehabilitations- bzw. Entlassungschancen können nur dann von Patienten der unteren sozialen Schichten (III - V) realisiert werden, wenn die Betroffenen noch nicht so krank, so regressiv sind, daß sie diese überhaupt nicht mehr wahrnehmen können.

Andererseits werden durch die allseitig behütende stationäre Versorgung gerade diese regressiven Bedürfnisse geweckt und verstärkt, so

daß eine Nachreifung und ein noch mögliches Selbständigwerden in praktischen Lebensbereichen eben dadurch verhindert werden. An diesem Punkt wird deutlich, wie günstig weniger allumsorgende Einrichtungen (halbstationäre), Krisenzentren, betreute Wohngemeinschaften usw. der Autonomie einer Reihe der Patienten förderlicher wären und dadurch auch zur Kostenentlastung des Gesundheitswesens beitragen könnten.

Trendstudien (FRIED 1969; vgl. auch RUDOLF 1973) belegen, daß Angehörige unterer sozialer Schichtung mit weniger Anpassungsmöglichkeiten auf Zeiten schlechter Wirtschaftsentwicklungen reagieren und diesen stärker ausgeliefert sind.[1)]

Die hinzukommenden, bei psychisch Kranken eher unflexiblen, prämorbiden Persönlichkeitsanteile und die Folgen der sich abzeichnenden psychischen Erkrankung führen jedoch nicht nur zu Schwierigkeiten im Arbeitsbereich, sondern allgemein zu Schwierigkeiten bei der sozialen Bewährung.

So zeigten 37 Patienten mit abgeschlossener Lehre nur 16 (20 %) das Merkmal "Beruf gelungen"; jedoch 46 von 80 Patienten (58 %) erwiesen sich hinsichtlich sozialer Anpassung und sozialer Einordnung als nicht stabil und zwar in Merkmalen wie Verwahrlosung, Kriminalität, Sucht und Zugehörigkeit zu randständigen Gruppen.

Die 4 % starke - sozial instabilste Gruppe - der untersten Marge der Unterschicht deutscher Verhältnisse, die hier 20 % beträgt, ist durch diese Merkmale gekennzeichnet. Abweichend von diesem Ergebnis jedoch erwähnen STROTZKA et al. (bei RUDOLF 1973, 132), daß "psychiatrische Fälle" (Neurosen und Psychosen) in sozialen Verhältnissen leben, die denen der Durchschnittsbevölkerung entsprechen. Da den Patienten dieser Kohorte 58 % hinsichtlich der o.g. Merkmale nachzuweisen war, muß eine signifikante Beziehung zwischen der unterprivilegierten sozioökonomischen und seelischen Notsituation und der mangelnden sozialen Bewährung und dem daraus resultierenden chronischen Verlauf ihrer "psychiatrischen Erkrankung" festgestellt werden.

---

1) Einer hohen allgemeinen Arbeitslosenquote bis 1950 war die Mehrzahl der Patienten "ausgeliefert".

Da zur Schichtpositionsbestimmung primär Schulabschluß und die höchste berufliche Qualifikation diente, wurde davon ausgegangen, daß je niedriger der sozio-ökonomische Status, desto früher ein sozialer Abstieg stattfindet.

Der Trend, daß nicht nur objektiv vermehrte Belastungsquellen für Personen der unteren Schichtung bestehen, sondern diese auch über weniger Sozialtechniken zu ihrer Veränderung verfügen, den die Midtown-Manhatten-Studie (LANGNER und MICHAEL 1963) festlegte, wird durch die feststellbare frühe mangelnde Lebensbewältigung dieser Kohorte bestätigt.

Ein sozialer Abstieg fand so

bei 27 von 32 Pat. der Schicht III i.Mittel mit 45,5 J.
bei 28 von 39 Pat. der Schicht V i.Mittel mit 30,2 J.

statt.

Dieser um 15 Jahre früher gelegene Zeitpunkt eines sozialen Abstiegs der Patienten unterster Schichtung weist darauf hin, daß diese tatsächlich weniger Möglichkeiten haben, mit Problemen ihres persönlichen Lebens und den Belastungen, die sich aus ihren Arbeitsverhältnissen ergeben, angemessen umzugehen verstehen und deshalb früh hinsichtlich eines sozial anerkannten Lebens scheitern müssen. - Einen relativ späten sozialen Abstieg erlitten allerdings - u.a. infolge ihrer später gelegenen manifesten Erkrankung - die 11 Patienten mit affektiven Psychosen und die 12 Alkoholerkrankten, die im Mittel um Mitte 50, also 10 Jahre vor dem damaligen Rentenalter, sozial abstiegen. - Der vorverlegte soziale Abstieg der Schicht V-Patienten betraf primär die jüngeren Patienten (Oligophrene und Schizophrene).

Das Ergebnis, daß chronisch psychiatrisch Erkrankte (insbesondere der untersten Schichtung) - teils prämorbid, teils als Folge ihrer Erkrankung - früh sozial absteigen, widerspricht der Tendenz, die RUDOLF (1973, 139) von ambulant untersuchten Patienten (n = 1000 Pat.) des Berliner AOK-Institutes für psychogene Erkrankungen erwähnt. Hier be-

stand kein Zusammenhang zwischen neurotischer Erkrankung und sozialem Abstieg.

Auslösende Konfliktsituationen

Es scheiterten an der prämorbiden Bewältigung charakteristischer Schwellensituationen eine große Anzahl von Patienten. So mißglückte der Reifeschritt: Schule und Ausbildung, wie schon erwähnt, bei 32 (40 %) der Patienten; die Ablösung vom Elternhaus bei 35 (44 %) der Patienten; die Beziehung und Sexualität bei 47 (59 %) der Patienten; weitere Entwicklungsaufgaben bei 52 (66 %) der Patienten.

Es konnte ein trendmäßiger Anstieg in der Nichtbewältigung dieser sich fast einander ablösenden Schwellensituationen des Lebens mit ihren vielseitigen Versuchungs- und Versagungssituationen festgestellt werden, d.h. daß weitere Entwicklungsaufgaben eher nur dann gemeistert werden können, wenn der vorausgegangene Reifeschritt nicht mißlungen ist.

Entsprechend dem Trend, den HINTERHUBER (1973, 541) in seinen Verläufen verzeichnete, ließen sich prämorbid auch bei den Patienten der Kohorte vermehrt Belastungen feststellen, die u.a. auch infolge ihrer Persönlichkeitsstruktur eine psycho-traumatische Qualität gewinnen.

Gehäuft (64 Nennungen) für 3 Patientengruppen (Alkoholerkrankte; Schizophrene und affektive Psychosen) wurden lebensgeschichtlich belastende Ereignisse (Kriegseinwirkungen; eigene schwere körperliche Erkrankung oder Behinderung; Unterversorgung: länger dauernde belastende Pflege, Krankheit oder Behinderung der Eltern; einschneidende Veränderungen in sozialer wie in familiärer Situation; belastende Konflikte mitmenschlicher Art usw.) verzeichnet, die zur auslösenden oder mitauslösenden Konflikt-Situation wurde und in häufigen Fällen den neurosen-psychologisch relevanten Versuchungs- und Versagungssituationen zu vergleichen waren.

Objektverluste als primär konfliktauslösende Momente, wie sie BISTER (1980,307) erwähnt, spielten in dieser Kohorte keine bedeutsame Rolle.

Dennoch kam es zu 28 Nennungen, d.h. ein gutes Viertel der Patienten erlitt einen einschneidenden Objektverlust. - Es handelte sich jedoch hier um die harten Daten realer Objektverluste. Es können aber auch phantasierte Verluste bezogen auf die Vergangenheit (als Verlust gelebten Lebens mit einer Person - siehe unvollständige Familien = 48 %) subjektiv traumatisierenden Charakter entwickeln. Mit diesen "symbolischen Verlusten" liegt die Zahl weit höher.

Entwurzelung

Bei Kulturwandel und Migration ließen sich transkulturell gehäuft paranoide Reaktionen bis hin zu prozeßhaft verlaufenden paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien feststellen, wie es BÖKER und SCHWARZ (1977) berichten, wobei die unterschiedliche Häufigkeit und der Verlauf u.a. mit sozio- und psycho-dynamischen Faktoren in Beziehung stehen.

Von BAEYER et al. (1964, 66) haben eine allgemeine Angstbereitschaft infolge von Entwurzelung bei Vertriebenen und Deportierten gefunden. Als mitauslösende pathogene Faktoren nennt ØDEGAARD (1975) soziale Isolation, Überbevölkerung, Auswanderung, soziale und geographische Mobilität.

So fand auch HINTERHUBER (1973) in den Verläufen einmalig hospitalisierter Schizophrenien als besonders belastendes psychotraumatisches Erlebnis für Tiroler den Verlust der Heimat des Jahres 1940. Diese Gruppe war den härtesten Repressionen ausgesetzt.

Dieser o.g. Trend ließ sich mit dieser Kohorte ebenso bestätigen: 33 (42 %) der Patienten stammten nicht aus Berlin und von diesen wiederum betraf es 29 (88 %), die aus den deutschen Ostgebieten oder Rußland vertrieben worden sind (Geburtsort und/oder aufgewachsen bis mind. 18. Lebensjahr). Es ließ sich für 3 diagnostische Untergruppen (Alkoholerkrankte, Psychotiker und Schizophrene) ein Verlust der Heimat feststellen, wobei die Fehlentwicklung oder der Krankheitsausbruch u.a. auch als ein Anpassungsversuch an eine neue, wenig vertrauensvolle Umwelt bzw. als eine Verlustverarbeitung betrachtet werden muß.

Entwurzelungs- und Anpassungsprobleme hinsichtlich großstädtischer Isolation fielen insbesondere deshalb ins Gewicht, als 19 (58 %) der 33 Nicht-Berliner Patienten, d.h. knapp ein Viertel der gesamten Kohorte, aus Gemeinden mit weniger als 5.000 Einwohnern stammten, also aus einer dörflichen Umgebung, in der Familien- und Nachbarschaftshilfe selbstverständlich sind. So ließ sich eine mögliche Entwurzelungsreaktion als fragliche Pathogenese bei 16 (48 %) von 33 Nicht-Berliner Patienten direkt aus den Angaben der Krankengeschichte entnehmen, wobei davon ausgegangen wurde, daß sich noch eine Reihe weiterer Patienten prämorbid innerhalb Berlins Mauern nicht "beheimatet" fühlten und sozial isoliert waren (z.B. einige aus Ost-Berlin stammende Patienten).

Unter schizophrenen Dauerpatienten finden sich in 2 Stichtagserhebungen von 1964 und 1969 in niedersächsischen Landeskrankenhäusern Heimatvertriebene mit knapp unter oder über 40 % aller Kranken: von der 2-Jahres-Gruppe 1969 war seit 1945 unter den dauerhospitalisierten Schizophrenen jeder zweite heimatvertrieben, wobei die Vertriebenen in der Normalbevölkerung ein Drittel nicht überschreiten (HARTMANN und MEYER 1974, 4).

In der Untergruppe der Schizophrenen dieser Studie ergab sich ein abweichender Trend gegenüber der niedersächsischen Krankenpopulation, wohingegen er die Normalpopulation bestätigt: Es ließ sich nämlich feststellen, daß in dieser Kohorte nur jeder dritte Patient heimatvertrieben war. Das jüngere Durchschnittsalter der männlichen schizophrenen Patienten spielte dabei eine nicht unwesentliche Rolle, die zum Teil während des Krieges bzw. erst nach 1945 geboren waren, und deren Eltern sich teilweise als Flüchtlinge in Berlin niedergelassen hatten. Unter Umständen haben die heimatvertriebenen Eltern den Verlust ihres Ursprungsmilieus ebenso unangemessen verarbeitet, so daß sich Kriegs- und Nachkriegstraumata u.a. an der vermehrten familialen Zerrüttung, den entsprechenden unvollständigen Familienkonstellationen und an den unvereinbarenden Er- bzw. Beziehungsstilen, die in dieser Kohorte, wie oben beschrieben, vorfindlich waren, erst langfristig pathogen in ihren Kindern niederschlugen. HAU erwähnt so in "Frühkindliches Schicksal und Neurose" (1968), wie bei 1.000 untersuchten

Patienten der Geburtsjahrgänge 1925 bis 1946 die schizoide und depressiv schizoide Struktur der im Krieg geborenen Patienten zunehmen.

Andererseits gab es unter den 16 Frauen alleine 6 lediggebliebene Hausangestellte, die alle aus einer dörflichen Umgebung deutscher Ostgebiete in eine Großstadt (primär Berlin) kamen, wo sie zunächst in der Familie des Arbeitgebers einen Ersatz für die verlorene Familie fanden, aber es sonst zu kaum einer Integration der neuen Verhältnisse kam (von diesen "Dorfpommeranzen" sind 5 Patienten psychotisch dekompensiert).

In jedem Fall kann der Faktor großstädtischer Isolierung mit der dazugehörigen Anpassungsproblematik nur unter dem Gesichtspunkt kumulativ traumatischer Wirkung verstanden werden. - Die Berliner Verhältnisse sind allerdings noch durch zwei weitere einschneidende Momente geprägt: Mit dem mangelnden "sozialen Hinterland" und in der Rolle des tradierten Durchgangs- und Notaufnahmelagers - der Exodus aus dem Osten schwillt eben jetzt wieder an - siehe auch Anhang: Schicksalshafte historische Entwicklung - hat die Millionenstadt Berlin den Charakter einer Auffangstation für Flüchtlinge, Heimatvertriebene, Deportierte, Asylsuchende und gescheiterte Existenzen, deren familiale Rückführung und Re-Integration primär nicht mehr gelingen kann, da der Rück-Weg zum Ursprung vermauert ist. Dies beantwortet die Frage 4 in Kap. II.1.0 Zur Zielsetzung: Zusammenhang zwischen der Tragfähigkeit des sozialen Umfeldes und des chronischen Verlaufes.

Im übrigen weist dieser Tatbestand auf die Notwendigkeit von Einrichtungen in einzelnen Stadtteilen, die möglichst nah betreuend während einer persönlichen Krise das nicht mehr existente private soziale Netz substituieren könnte.

2. Geschlechtsvergleich

Ein Geschlechtsvergleich zwischen den 16 Frauen und den 64 Männern wurde am Familienstand, am Erkrankungsalter, am beruflichen Tätigsein, dem sozialen Abstieg, den auslösenden Konfliktsituationen und an den Sterbedaten durchgeführt.

Kein Unterschied ergab sich bezüglich des Familienstandes. Es blieben 10 Frauen (63 %) und 39 Männer (61 %) ledig. - Eine mehr als doppelt so hohe Anzahl von geschiedenen Frauen im Vergleich zu geschiedenen Männern besitzt wegen der geringen Vergleichszahlen der Frauen keinen Aussagewert bezüglich der Paarfähigkeit. Daß jedoch in beiden Geschlechtsgruppen dieser chronisch-psychiatrisch Erkrankten eine hohe Anzahl von ledigen bzw. alleinstehenden Personen gefunden wurde, bestätigt ein finnisches Ergebnis, wo unter 102 psychotischen Patienten - darunter 84 Frauen - die Prognose bezüglich eines außerklinischen Rehabilitationserfolges von verheirateten gegenüber alleinstehenden Patienten beiderlei Geschlechts günstiger ist (NISKANEN und PIKHANEN 1971).

Daß psychotische Männer im Vergleich zu den Frauen 5 - 7 Jahre früher erkrankt sind, berichten trendmäßig einige Studien (HARTMANN und MEYER 1974; VOGEL und VLIEGEN 1975; HUBER et al. 1979), was in dieser Kohorte bestätigt werden konnte. Das frühere Erkrankungsalter der psychotischen Männer konnte entsprechend VOGEL und VLIEGEN (1975, 572) diagnostisch dem Vorherrschen des paranoid-halluzinatorischen Zustandsbildes, das bei den Frauen gehäuft mit 77 % im Vergleich zu 44 % bei den Männern, jedoch im Erkrankungsalter später (auch im Vergleich zu den Männern) auftritt, zugeordnet werden.

Anhand eines untersuchten manifesten "Vorerkrankungszeitraums", der sich aus der Zeitspanne an vorausgegangener manifester Erkrankung gemessen am Zeitpunkt der Verlegung 1969 (als 0-Zeitpunkt) ergab, wurde festgestellt, daß das durchschnittliche Erkrankungsalter der Männer insgesamt bei allen Diagnosen früher als das der Frauen liegt. So stellte sich in der Gruppe der 31- bis 40-jährigen alten Männer der höchste durchschnittliche Vorerkrankungszeitraum bei der größten An-

zahl der Patienten ein. Daß die männlichen Patienten im Schnitt erstmalig mit 20 Jahren erkrankten, gibt einen Hinweis darauf, daß die charakteristischen Schwellensituationen, d.h. eine Loslosung aus dem Elternhaus und/oder die Schwelle zur Sexualität konfliktauslösend wurden.

Den weiblichen Patienten hingegen gelang eine Loslösung aus dem Elternhaus, indem sie mit der Familie des Arbeitgebers erneut ein Abhängigkeitsverhältnis eingingen und so teilweise regressive Bedürfnisse, aber auch jene nach Unterwerfung befriedigen konnten. Hierzu fielen insbesondere die 8 psychotisch erkrankten Hausmädchen (Kap. III. 1.3 Geschlecht und Familienstand) ins Gewicht.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in diesem Belastungsbereich von Konfliktsituationen werden in einer Langzeitstudie über Schizophrene (HUBER et al. 1979, 332) erwähnt. Es zeigten die Frauen häufigere erotische Konfliktsituationen als die Männer; die Männer hingegen eher berufsbezogene. Deren Befunde lassen sich durch diese - allerdings sehr kleine Gruppe - nicht bestätigen. Es sind knapp 10 % mehr Männer als Frauen an diesem Punkt gescheitert. Gerade die 6 ledig gebliebenen Hausangestellten sind ja - zumindest im Außenfeld - der Begegnung des anderen Geschlechts in Form einer Partnersuche ausgewichen.

Die durchschnittliche Länge des beruflichen Tätigseins aller Diagnosen ergibt für die Männer ein Mittel von 17 Jahren, für die Frauen ein Mittel von 22 Jahren. Die 9 schizophrenen Frauen jedoch arbeiteten im Schnitt fast doppelt so lang wie die 20 schizophrenen Männer, was einerseits mit dem späteren Erkrankungsalter der 5 paranoid-halluzinatorischen weiblichen Schizophrenen zu tun hat, aber auch mit den vermutlich größeren regressiven Tendenzen der Männer, die bei zukünftigen Rehabilitationsbemühungen ähnlicher Gruppierungen nicht außer acht bleiben dürfen.

Die Männer zeigten analog ihres geringeren beruflichen Tätigseins auch einen um ein gutes Jahrzehnt vorverlegten sozialen Abstieg im Geschlechtsvergleich. Dieser durchschnittlich frühe soziale Abstieg der Männer ist einmal durch die Oligophrenen und jungen Schizophrenen ver-

ursacht, zum anderen sind die weiblichen Schizophrenen, die sich als sozial stabiler erwiesen, später erkrankt. Darüber hinaus haben sie vermutlich durch verschiedentliche Aufgabenbereiche in Beruf und Haushalt früh gelernt, in Belastungssituationen flexibler zu reagieren. Die zwischen 1891 - 1932 geborenen 16 Frauen, von denen 10 ledig geblieben sind, standen wohl eher mit ihrer weiblichen Rolle im Konflikt.

Eine insgesamt günstigere soziale Dauerprognose zeigen jedoch die 58,4 % weiblichen Schizophrenen vorwiegend jüngeren Alters des Bonner Hauptkollektivs (HUBER et al. 1979) mit einer Katamnesendauer von 21,4 Jahren. Hier besteht allerdings ein abweichendes Ergebnis zu der vorliegenden Gruppe: die Frauen dieser Kohorte sind zwar bis zu ihrer Erkrankung sozial stabiler, aber nicht danach. Das wird deutlich an der höheren Mortalitätsrate, bzw. dem relativ raschen Verfall der Frauen angesichts ihres frühen Sterbens noch während der psychiatrischen Behandlung.

Das Durchschnittssterbealter der verstorbenen 9 Frauen und den 19 verstorbenen Männern zeigt zwar nur eine minimale Diskrepanz; es verstarben jedoch 12 (63 %) der 19 Männer erst nach ihrer Entlassung zwischen 4 Wochen und 8 Jahren danach im Vergleich zu den 3 (33 %) der 9 Frauen (zwischen 5 Monaten und 8 Jahren danach), die noch vor ihrem Tod aus psychiatrischer Versorgung entlassen werden konnten. Diese Diskrepanz der "entlassenen Verstorbenen" im Geschlechtsvergleich deutet darauf hin, daß die Erkrankung der anderen 6 weiblichen Patienten progredienter war. So sind nach der Verlegungsaktion auch 5 dieser 6 Frauen nach wenigen Wochen, spätestens 8 Monate danach, verstorben.

Selbst die 61- bis 70-jährige Männergruppe lebte vom Verlegungszeitpunkt an länger (2 - 10 Jahre), als die Frauen des gleichen Alters. Die höhere Mortalitätsrate der Frauen gegenüber den Männern steht im Widerspruch zur Sterberate der Frauen in der Normalbevölkerung, entspricht aber dem Trend, den MÜLLER (1981) bei einer Population von insgesamt n = 5.661 Patienten im Stichjahr 1963 feststellte. D.h. psychiatrisch manifeste, erkrankte Frauen scheinen insgesamt kränker bzw. auf der körperlichen Seite regressiver als die Männer.

Gesamtheitlich läßt sich hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede feststellen, daß die Frauen innerhalb dieser Kohortenstudie im Vergleich zu den Männern später als diese in der Lebensbewältigung (z.B. den charakteristischen Schwellensituationen) scheitern, deshalb länger arbeiten, so länger kompensiert draußen leben können und auch erst später sozial absteigen. Werden Frauen jedoch einmal psychiatrisch so auffällig, daß sie stationär untergebracht werden müssen, sind sie schon "kränker" als Männer und befinden sich unaufhaltsam auf der regressiven "Rutschbahn". Dieses Ergebnis scheint umgekehrt zu sein wie bei primär somatischen Erkrankungen, bei denen Frauen eher einen Arzt aufsuchen und sich frühzeitig behandeln lassen.

Hier schließt sich die Beantwortung der Frage 1 b zur Zielsetzung in Kap. II.1.2.2 Chronischer Verlauf: in Abhängigkeit vom Fehlen oder Vorhandensein einer familialen Bezugsperson an: Der Einfluß des Geschlechtes spielt so bei der chronischen Verlaufsform durchaus insofern eine Rolle, als die Männer zwar früher erkranken, aber in einer beschützenden Umgebung (stationär oder in außerstationären Institutionen) eine größere Überlebenschance, damit letztlich auch vermehrt Rehabilitationschancen (sofern sie genutzt werden) als die Frauen haben.

3. Chronifizierung und institutionelle Versorgung

Betrachtet man in diesem Abschnitt zunächst Verweilzeiträume, Entlassungen und Sterbedaten, so kann die Frage, inwiefern die Verlegung von einer Großklinik in eine kleinere Klinikeinheit sinnvoll für eine noch mögliche Entlassung von chronisch-psychiatrischen Patienten ist, tendenziell positiv beantwortet werden (Antwort zu Frage 1 in Kap. II.1.2.3 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: von der Struktur psychiatrischer Institutionen).

Es zeigen nämlich 33 von 80 Patienten (41 %) Verweilzeiträume zwischen 1 bis 12 Monaten, d.h. es gab relativ unmittelbar nach der Verlegungsaktion 3 Entlassungsschübe (in Beantwortung eines Teilaspektes der Frage 3 aus Kap. II.1.2.3), in denen zusammen 26 Patienten (33 %) entlassen oder verlegt werden konnten. Weitere 7 Patienten mit Verweilzeiträumen bis zu 12 Monaten starben allerdings unmittelbar nach der Verlegungsaktion, nämlich zwischen 1 bis 6 Monaten als psychiatrische Patienten der kleineren Klinikeinheit. Es handelte sich dabei wohl um besonders regressive Schwersterkrankte. Andererseits sind auch von den übrigen 26 Patienten mit diesen relativ geringen Verweilzeiträumen (hier geht es um die in der kleineren Klinikeinheit) bis zu 1 Jahr im Verlauf der 10 Jahre 9 Patienten außerhalb der Psychiatrie verstorben.

So verblieben 19 Patienten der ersten Entlassungen, die zum Zeitpunkt der Spätkatamnese noch lebend angetroffen wurden,[1] d.h. knapp ein Viertel der gesamten Kohorte.

Die ersten möglich gewordenen Entlassungen nach der Verlegung aus der Großklinik deuten einmal darauf hin, daß eine derartige Unterbrechung der chronischen Verwahrung in einer "totalen Institution" (GOFFMANN 1961) auch den Verlauf bzw. die weitere Karriere des Patienten beeinflußt. Dies betrifft jedoch nur jene Patienten, die innerhalb des 1. Jahres nach der Verlegung entlassen werden konnten, denn spätere Entlassungen aus der kleineren Klinikeinheit sind ebenso selten wie die

1) Außer einem unauffindbaren jüngeren Schizophrenen aus Frankreich.

aus anderen psychiatrischen Institutionen, was einem Trend entspricht, den JONAS et al. (1969, 74) im Zusammenhang mit der nach einem Jahr abnehmenden Besuchsfrequenz erwähnt (siehe hierzu auch Tabelle 32: Zeiträume der Verweildauer in unterschiedlichen Einrichtungen, S. 278)

Die Belebung durch vermehrte Zuwendung und Aktivität, wie sie in der kleineren Klinikeinheit auch durch Entlassungsbemühungen gegeben war, kann aber bei den besonders labilen Patienten zu psychischem und somatischem Stress und Entgleisungen führen, die dann Kräfte der absoluten Regression mobilisiert: den Tod.

Von den 36 Patienten, die zwischen 3 und mehr als 10 Jahren in der kleineren Klinikeinheit verweilten, sind - von den 5 Verstorbenen dieser Gruppe - 3 zuvor entlassen oder verlegt worden, d.h. die Rate der späteren Entlassungen bzw. des Sterbens bleibt gering, aber konstant, d.h. die stationäre Gruppe blieb relativ statbil (in Beantwortung eines weiteren Teilaspektes der Frage aus Kap. II.1.2.3).

Hinsichtlich diagnostischer Unterscheidung ließ sich feststellen, daß für die Gruppe der Oligophrenen und der der Schizophrenen (primär jüngere männliche Patienten) - sowohl vor der Verlegung als auch danach - die längsten Verweilzeiträume bestanden, nicht aber für die Gruppe der Alkoholerkrankten oder die der affektiven Psychosen.

Zum Zeitpunkt der Spätkatamnese waren jedoch 10 von 11 (91 %) der Patienten aus der Gruppe der affektiven Psychosen verstorben. Das "selektive Vorwegsterben", das Zusammenhänge vortäuscht, ist der "Generaleinwand" (LANGE 1965 b. VOGEL 1975, 617) gegenüber sozialpsychiatrischen und epidemiologischen Längsschnittbeobachtungen, wie ihn VOGEL (1975, 617) referiert: Diese "konkurrierenden Risiken" verfälschen dann Krankheitsassoziationen, in diesem Falle die Länge der Dauerhospitalisierung dieser diagnostischen Subgruppen, weshalb sie nicht unbeachtet bleiben dürfen.

Schon vor der 1. Aufnahme in die Großklinik war eine Häufung von Aufnahmen unter den 45 Psychotikern feststellbar. Dieser als "Drehtürpsychiatrie" bekannte und umschriebene Tatbestand weist auf die schlummernden Möglichkeiten hin, die diese Patienten - so tragisch die

Drehtürpsychiatrie auch sein mag - immer wieder die versorgende Institution verlassen ließen.

Um den Bogen zur Spätkatamnese zu schließen: auch hier waren bei 13 Patienten Wiederaufnahmen (nach "Früh"-Entlassungen) zu verzeichnen. Neben den zwei Oligophrenen und einem Alkoholerkrankten betraf es 10 Schizophrene, die erneut psychiatrisch aufgenommen wurden, im Mittel mit 22,6 Monaten bei durchschnittlich 4 Aufnahmen. Darunter befanden sich 4 typische "Drehtürpatienten" mit einer Wiederaufnahmequote von bis zu 20mal, die infolge kurzer Krankheitsintervalle mangels abfangender extramuraler Möglichkeiten stationär behandelt werden mußten.

PURVIS und MISKIMINS erwähnen schon 1970 (S. 381), daß durch "intermittierende Aufnahmepraktiken" die Abhängigkeit der Patienten von der Institution fortgesetzt wird, wohingegen in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen worden sei, um wieviel günstiger die außerstationären Nachsorgeprogramme hinsichtlich der sozialen Anpassung des Patienten und der Wiederaufnahmequote sich auswirke. - Gerade diese "intermittierenden Wiederaufnahmen" als Akzentverschiebung der Dauerhospitalisierung geben jedoch Hinweise, daß Teilaktivitäten der stationären Versorgung in den Ballungsraum (also in die Stadtmitte) verlagert werden sollten, wie es FINZEN schon 1972 (S. 42) als sinnvoll betrachtet.

Somatische Behandlungsformen waren nur wenig genannt. Insgesamt 6 Patienten von 45 Psychosen insgesamt (13 %) wurden mit Elektroschock behandelt. Spätere körperliche Beschwerden oder verfrühtes Sterben wurde in Zusammenhang und als Folgeerscheinung dieser Eingriffe erwogen, was die Bedenken gegenüber der Elektrokrampfbehandlung, die BACH äußert (1978, 115) erhärtet. - Die Verwendung von Psychopharmaka ist augenfällig hoch, 60 Patienten von 80 (75 %) wurden mit Neuroleptika behandelt. 12 Patienten (15 %) erhielten Tranquilizer. Bis zu 8 unterschiedlich verabreichten Neuroleptika ist es bei manchen Patienten gekommen. Medikamentengläubigkeit oder Ratlosigkeit? Positiv läßt sich dahinter ein therapeutisches Bemühen verstehen, was sich auch durch die im Verlauf der Jahre möglich gewordenen Entlassungen dokumentiert.

Die nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden, denen die Patienten überhaupt ausgesetzt waren, bezogen sich vorwiegend entsprechen dem Trend, den BACH (1978, 115) hinsichtlich pädagogisch orientierter stationären Psychotherapie erwähnt, auf Beschäftigungs-, Arbeits-, Musik- und Maltherapie; desweiteren auf gesellige Gruppen; auf Belastungsurlaube und therapeutisches Reisen. Eine psychoanalytisch-orientierte Gruppenpsychotherapie und eine psychoanalytisch-orientierte Einzelbetreuung waren eher kurzfristig im Einsatz.

Insbesondere die jüngeren männlichen Patienten (Oligophrene und 25 Schizophrene) konnten die angebotenen rehabilitativen Maßnahmen nutzen. Daß chronisch Schizophrene auch nach jahrelanger Unterbringung weiterhin eine gewisse Lernfähigkeit beibehalten, referiert BENEDETTI et al. 1969, 236, wobei die Aufgabenstellung eher eingeschränkt bleiben muß.

Gerade die extramuralen Rehabilitationsbemühungen, die einen hohen Erfolg in der Bewertung zeigten, konnten jedoch insbesondere nur deshalb etwa die Hälfte der Patienten wahrnehmen, da diese Möglichkeiten erst in den letzten drei Jahren der Beobachtungszeit bestanden: Die andere Hälfte der Patienten war inzwischen entlassen oder verstorben. Die Anwendung einer mehr psychisch ausgerichteten Therapie (individuelle Therapie; analytisch-orientierte Gruppe) bei den wenigen chronisch Kranken der Kohorte sagte - trotz zunächst befriedigenden Ergebnissen - nichts über die spätere soziale Remission aus.

Zur Versorgung in der kleineren Klinikeinheit über 10 Jahre soll noch folgendes kritisch bemerkt werden: es mag zwar in den ersten Jahren infolge Personalmangels (z.B. klinischer Psychologen) und wenig strukturierter Rehabilitationsprogramme einiges versäumt worden sein, was den Erfahrungen von WING und BROWN (1970, 177 ff.) entspricht. Dem zunächst notwendigen "Gewährenlassen" auch im Sinne des "Learning of patienthood" (REDLICH und FREEDMAN, 1970) wurde allerdings - u.a. aufgrund der Personalstruktur - zu weiten Raum gegönnt. Hieraus entstand - zumindest nach subjektiven Eindrücken - eine Sphäre der Permissivität, die institutiogene Verkindlichung förderte, obwohl schon damals entsprechende Literatur zu den Reaktivierungsprogrammen von chronisch

psychotischen und auch anderen chronisch psychiatrischen Erkrankten existierten (siehe WING und BROWN 1970; ROSE 1969; HANSELL et al. 1971 und viele mehr).

Eine straffe Zeitstrukturierung, Durchhaltevermögen und neue Selbstwerterfahrung im Rahmen des gezielten Einsatzes von Tätigwerden und einer stufenweisen eingeleiteten Außenorientierung (Belastungsurlaube; Ausflüge, therapeutisches Reisen) der letzten Jahre ermöglichte zukunftsweisende Veränderungen.

Als außerordentlich erfolgreiche rehabilitative Maßnahme für chronisch-psychiatrisch Erkrankte stehen hier die 3 therapeutischen Reisen der letzten 3 Jahre des Beobachtungszeitraumes Pate. Auf diesen Reisen, die nach ACUFF 1961; MUELLER 1963; PETERSON und BACHMANN 1969; TUTTLE 1975 und BOLK-WEISCHFDEL 1980 - wichtiges therapeutisches Mittel sind und in ihrer günstigen Wirkung langjährige Hospitalisierungsschäden entgegenzuwirken vermögen (ergänzend als Antwort zur Frage 1 aus Kap. II.1.2.3) sind den Patienten Fähigkeiten und Fertigkeiten in Form von Selbstversorgung in kleinen familienähnlichen Gruppen abverlangt worden, die früher selbstverständlicher Teil ihres Lebens waren, aber durch die jahrzehntelange "Versorgungsfalle" nicht mehr abgefragt worden sind. Es reisten unter anderen Langzeit-Patienten 8 - 11 männliche Patienten der in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen Patienten mit.

Die Stationsneuerungen wurden primär mit den Reisen ins Rollen gebracht. Es begann eine Umwandlung von pflegerisch-bewahrenden Ansätzen zu einer Stationsstruktur mit rehabilitativen Zielsetzungen. Da die auf den Reisen erlebten Verhaltensänderungen wie die der eigenen Tagesplanung und Selbstversorgung in kleinen festen Gruppen zurück im Stationsbetrieb untergingen, wurde die Notwendigkeit einer alternativen Versorgung stationär unterstrichen. - Es wurde versucht, diesen besonders schwerwiegenden Fällen ein angemessenes Leben mit ihren Behinderungen, und zwar mit einem Blick nach draußen, ansatzweise zu ermoglichen. Über reale Erfolgserlebnisse sollte eine Zukunftsperspektive mit Hilfe der sich einander ablösenden rehabilitativen Schritte (Beschäftigungstherapie; Arbeitstherapie im Garten; beschützende Werk-

statt; Arbeit draußen) vermittelt werden. Diese Langzeitperspektive entspricht den Vorstellungen, die RAVE-SCHWANK und HUNECKE 1979, 804 beschreiben. - Im Endergebnis und in Beantwortung der Teilaspekte der förderlichen Faktoren zur sozialen Integration in Frage 2 aus Kap. II.1.2.3 führten die strukturellen Änderungen auf der Station u.a. zu einem neuen Umgangsstil mit den Patienten; zu einem Zugewinn von therapeutisch interessiertem Personal: z.B. einer neuen Stationsleitung; zu einer wohnlicheren Gestaltung der Station; und damit in der Folge zu einer Besserung im Tätigkeitsfeld (bei 12 der damals 17 männlichen Patienten); zu einer verbesserten Lebensqualität auf Station für die Dauerpatienten und zu 3 Entlassungen (von Patienten mit Verweilzeiträumen zwischen 10 - 25 Jahren) in ein Übergangswohnheim auf dem erweiterten Klinikgelände. (Die unerwarteten Entlassungen beantworten den letzten Teilaspekt der Frage 3 aus Kap. II.1.2.3. ... Nach Zeit des Gewährenlassens neue Entlassungen.) - Mit Hilfe der neuen Organisationsformen auf Station konnte also die Überversorgung der Patienten sichtlich aufgelockert werden (in Beantwortung der Frage 3 aus Kap. II.1.2).

Das Vorgehen in kleinen Schritten und die prospektive Einstellung der therapeutisch Tätigen wird von BOLK-WEISCHEDEL (1978) als wichtigster Grundsatz in der stationären Langfristtherapie betrachtet. Dies gilt insbesondere für die Patienten der Kohorte, die in geistiger und seelischer Hinsicht schwerstbehindert und scheinbar wegen Verwahrlosung, Ängstlichkeit, Existenzunfähigkeit und starker regressiver Versorgungsbedürfnisse weiterhin hospitalisierungsbedürftig sind. Dazu gehören 6 schizophrene Patienten eines jüngeren Alters (zwischen 36 bis 51 Jahren), bei denen der Verbleib am wenigsten nachvollziehbar ist. Andererseits befinden sich diese schon zwischen 13 bis 30 Jahren in psychiatrischer Obhut, so daß deren Angst vor den Anforderungen draußen, z.B. bei einer besprochenen stufenweisen Entlassung, verstehbar ist.

Die Erfahrung auf den therapeutischen Reisen eröffnete dennoch für mehr als die Hälfte der in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen Patienten eine unerwartete Zukunftsperspektive. Diese dürfte aber wegen der Schwere der chronifizierten Zustände und der Dekompensations-

gefahr nur sehr vorsichtig eingeleitet werden. (Die Erfahrungen, die seit 1979 auf den Chroniker-Stationen der kleineren Klinikeinheit gemacht wurden, bestätigen diese Überlegungen. Siehe Nachtrag.) Allerdings bedürfte es auch noch weiterer Übergangseinrichtungen mit unterschiedlicher Betreuungsdichte, die den nur scheinbar hospitalisierungsbedürftigen Patienten ein Leben außerhalb der totalen Versorgung schrittweise ermöglicht.

Die Frage zum insgesamten Verbleib der Kohorte zum Zeitpunkt der Spätkatamnese läßt sich knapp beantworten. Etwa ein Drittel ist verstorben, ein Drittel befindet sich in stationär-psychiatrischer Betreuung, ein Drittel lebt extramural. Von den 28 Patienten, die verstorben sind, konnten noch 15 Patienten davor entlassen werden, 2 Patienten blieben unauffindbar.

Der Rest ist einmal durch jene klassifiziert, die in einem institutionellen Rahmen verblieben, oder wieder sich darin befinden (17 Patienten in kleinerer Klinikeinheit; 7 Patienten in anderer stationär psychiatrischer Behandlung, darunter 1 Rückverlegung in die Großklinik und 6 Wiederaufnahmen; 8 Patienten in Heimen und 4 Patienten im heilpädagogischen Zentrum; desweiteren 2 Patienten, die in Hospitälern untergebracht und damit auch weiterhin einer totalen Institution ausgesetzt sind, wo letztlich nichts mehr an rehabilitativen Bewegungen stattfindet). - Im übrigen bewegen sich auch die Heimbewohner in einem institutionellen Rahmen, ohne Anregung, ohne Aufforderungscharakter und großen Teils leben sie nicht sozial integriert in der Gemeinde der unterschiedlichen Stadtkerne Berlins. Allerdings konnte anhand dieser Kohorte - abweichend von dem in der Eunquête zur Lage der Psychiatrie (1975) in Zusammenhang mit der Bettenreduzierung genannten Trend - kein Vorkommen "einer bedenklichen Verlegungsaktion" zum Zeitpunkt der Spätkatamnese entdeckt werden. Die Heimunterkünfte erschienen eher zufriedenstellend, wenn auch keine strukturierten Nachsorgeprogramme bestanden, so wurde doch die persönliche Autonomie in Form kleinerer Unternehmungen nicht unterbunden.

Allerdings befinden sich die 4 Patienten im Heilpädagogischen Zentrum qualitativ im besten institutionellen Setting, das ihrer langjährigen

Behinderung die noch mögliche Autonomie einräumt und die noch vorhandenen Fähigkeiten ausbaut und unterstützt. Dadurch ist für diese weiterhin geistig und seelisch Behinderten eine angemessene Lebensqualität erreicht.

Um die anfänglichen Ausführungen dieses Kapitels abzurunden, hat der Patient das Wort: Die Verlegung aus der Großklinik in die kleinere Klinikeinheit wurde in anschaulicher Weise als Gewinn von 58 % der 52 noch lebenden und ansprechbaren Patienten erlebt. Diese tendenziell positive Beurteilung der Verlegungsaktion beantwortet die Frage 1 aus Kap. II.1.2.3 auch von Seiten des Patienten.

4. Pathologisches Regressionsbedürfnis und prognostische Überlegungen

Wie krank waren die Patienten?

Daß die Erkrankungsneigung eines Individuums mit einer gleichzeitig feststellbar gesteigerten Anfälligkeit für alle Krankheiten einhergeht, referieren COOPER und MORGAN 1977 (106). - Psychische und somatische Prozesse werden als zwei Regressionsformen eines gemeinsamen Geschehens u.a. von UEXKÜLL 1979; LAMPRECHT 1979; BAHNSON 1967 betrachtet.

Ob es zu einer psychischen oder somatischen Lösung der pathologischen Regression kommt, macht BAHNSON (1967, 1969) von der Wahl der Ich-Abwehrmechanismen, die die Triebentladung in die entsprechende Richtung lenkt, abhängig. Die Abwehrmechanismen der Projektion und Verschiebung führen bei einem extremen Konfliktniveau der sich widerstreitenden Antriebe und Gefühle zur psychisch-regressiven Symptomwahl: der psychotischen Lösung. In Erweiterung von BAHNSON 1967, 540, stellt dann der Suizid den absoluten Regressionsfall dar. Die Abwehrmechanismen der Verdrängung und Verneinung führen wiederum bei einem extremen Konfliktniveau zur physiologisch-regressiven Symptomwahl: der somatischen Lösung, deren absoluter Wert sich im Tod durch Ausfallen eines lebenswichtigen Organsystems manifestiert (siehe hierzu auch Abbildung "Konfliktniveau und regressive Symptom-"Wahl". Abwehrmechanismen nach BAHNSON 1967 (S. 313 dieser Studie).

Dieser Trend hinsichtlich beider Lösungsversuche konnte bei den Patienten dieser Kohorte - und zwar nicht nur als Folge ihrer langjährigen institutionellen Unterbringung und den damit einhergehenden Hospitalisierungsschäden - in Form hoher pathogener Regressionsneigungen in vielfältigen Bezügen bestätigt werden.

Bezogen auf die projektiven Abwehrmechanismen von paranoid-psychotisch Erkrankten lassen sich 8 der 9 weiblichen Patienten, die ehemals Hausangestellte waren und paranoid psychotisch dekompensierten, diesen pathologisch psychischen Regressionsneigungen zuordnen. Überlegungen, daß diesen Mädchen die Ablösung aus dem Elternhaus nur insofern ge-

lang, als die Familie des Arbeitgebers eine Ersatzfunktion spielte, sprechen dafür. Eine Verstärkung dieses Regressionsbedürfnisses, in dem ein notwendiger Reifeschritt, nämlich ins Leben, nur in eine Ersatzfamilie gewagt wird, ergab sich vermutlich durch eine Wiederbelebung der ödipalen Latenz als sich eine geradezu klassische Dreierkonstellation Haus-herr, Haus-frau, Haus-mädchen, allerdings unter Aufhebung der Inzestschranke ergibt. Infolge realer oder phantasierter Liebesverhältnisse mit dem Hausherrn kommt es dann zu schuldhaften Verstrickungen, die ungelöst blieben, so daß es im Sinne einer Selbstbestrafung zu keiner eigenen Partnerschaft oder Familiengründung kommen durfte. Alleine von diesen psychotisch dekompensierten Hausangestellten blieben 5 ledig. Darüber hinaus stammten diese alle aus einer großen Geschwisterschar, was wiederum vermuten läßt, daß ein großes Nachholbedürfnis nach regressivem Versorgtwerden und nach narzißtischer Beachtung bestanden haben mag.

Im Vergleich sind bei den Männern weniger als ein Drittel verstorben, bei den Frauen jedoch mehr als die Hälfte (siehe Geschlechtervergleich). Das unmittelbare Sterben (nach der Verlegungsaktion) der Frauen sagt jedoch - trotz grundsätzlich vorhandener höherer sozialer Stabilität gegenüber den Männern - auch etwas über das pathologische Regressionsbedürfnis in der psychischen und/oder körperlichen Dimension aus. Die sich auch in der tradierten geschlechtsspezifischen Rolle der Dienerin anderer im Konflikt befindenden berufstätigen Frau hat in einer vielleicht auch phasentypischen Konfliktsituation mit ihren Versagungen und Versuchungen keine andere Wahl des Damit-Umgehens als die psychische Regression durch eine Dekompensation oder als allerletzter Lösungsversuch die absolute (körperliche) Regression im Tod.

Neben dem Hausmädchensyndrom sind jedoch auch noch andere Bereiche im Sinne dieser Regressionsneigung auffällig. Es waren schon gehäuft genannt: unstetes Arbeitsleben, zwischenzeitliche Berentungen, Arbeitslosenzeiten und frühe Invalidisierungen. Außerdem konnte zum Zeitpunkt der Spätkatamnese keiner der Patienten eine volle soziale Rückkehr mit der Wiederaufnahme des Ursprungsberufes oder einer anderen, wenn auch weniger gleichwertigen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt nachweisen. Außer den Patienten, die in beschützender Umgebung lebten und arbei-

teten, arbeitete keiner der entlassenen Patienten mehr. Früher sozialer Abstieg und Verwahrlosungstendenzen im Sinne des Nicht-mehr-für-sich-selbst-verantwortlich-sein-wollens deuten auf weitere regressive Momente hin.

Die Schichtzugehörigkeit gab wiederum keine Erklärung dafür ab, daß zum Beispiel trotz allgemein hoher Wiederaufnahmequoten der Schizophrenen, d.h. auch Entlassungen dazwischen, 10 Patienten dieser Subgruppe ununterbrochen stationär verblieben sind, wobei 8 dieser Patienten zu einer eher jüngeren Altersgruppe (Mittel = 36 Jahre; Streubreite 19 Jahre bei der Verlegung) zählten. Die Hälfte der insgesamt "verbliebenen" Schizophrenen hatte jedoch schon in der Großklinik Verweilzeiträume zwischen mehr als 9 - 20 Jahren. Diese langen Internierungen sind natürlich auch - infolge der totalen Versorgung und der sozial wenig stimulierenden Umgebung - noch zusätzlich regressionsverstärkend.

Andererseits konnten die alkoholerkrankten Patienten bis zu ihrer ersten Aufnahme in der Großklinik relativ gut kompensiert draußen leben, da es zu keinen vorherigen Aufnahmen in andere Einrichtungen gekommen ist. - Die Anspruchslosigkeit in der "totalen Institution" jedoch (GOFFMAN 1961) und der Verwahrcharakter einer Großklinik, wenn sie erst einmal kennengelernt wurde, scheint insbesondere die regressionsanfälligen Patienten anzuziehen: (So ergaben sich bei den 2 Rückverlegungen auf eigenen Wunsch dorthin im Interview später Aussagen wie: Ich wollte in Ruhe gelassen werden usw.). Hier drückt sich u.a. auch ein starker sekundärer Krankheitsgewinn aus. Die Angst vor den Anforderungen, die ein Leben draußen abverlangen, wird mit zunehmendem Aufenthalt größer und unbewältigbarer: und die Patienten bleiben.

Daß neben der psychischen Regression auch somatische Korrelate der Regression eine vergleichbare Größe darstellten, war an der 2,5-fachen Erkrankungsbeteiligung unterschiedlicher Organsysteme bei den 50 % der auch körperlich Erkrankten ablesbar.

Zum anderen zeigten vor dem Manifestwerden der psychiatrischen Erkrankung immerhin 17 Patienten (21 %) eine Tendenz zu Unfällen, Brüchen und Stürzen. Daß diese Unfallsneigung, die ja vor der stationären Einweisung bestand, auf primär Regressives hinweist, wird deutlich, wenn man bedenkt, daß die stationäre Versorgung ja dem regressiven Wunsch zunächst entgegenkommt. CONGER und GASKILL (1967, 1108) allerdings erwähnen auch noch weitere unbewußte Motive bei Personen mit hoher Unfallhäufigkeit (im Straßenverkehr): niedere Spannungstoleranz, verdeckte Feindseligkeit, geringe Selbstsicherheit gegenüber der Kontrollgruppe, was letztlich -- da abgewehrt - der Regressionsneigung nicht widerspricht.

Alle diagnostischen Untergruppen zeigten neben der Verhaltensregression vergleichbare regressiv-somatische Lösungsversuche. - Insbesondere den 45 psychotisch Erkrankten (insgesamt) war ein hohes Maß einer allgemeinen Erkrankungsneigung nachweisbar. Neben einer erhöhten Unfalltendenz betraf es vorrangig Tuberkulose und Herz-Kreislauf-System, die starke somatische Korrelate zur Schwere der Psychopathologie darstellten.

Die große Anzahl der innerhalb von 10 Jahren verstorbenen Patienten aus der Gruppe der affektiven Psychosen (10 von 11) spricht desweiteren für die früh gesetzte absolute Regression im Tod als Endpunkt der "regressiven Rutschbahn", wie es in der Studie genannt wurde.

Daß insgesamt 28 Patienten (35 %) aller Diagnosen, also knapp über einem Drittel, im Verlauf von 10 Jahren - neben den Alterspatienten, eine Reihe jüngerer psychotischer Patienten - verstorben sind, ist ein deutlicher Hinweis für die allgemein vorhandene, nicht nur psychische, sondern auch somatische Regressionsbereitschaft. - Eine Reihe von Untersuchungen, die STOTSKY 1972 (S. 121) erwähnt, berichten, daß gerade alte institutionalisierte psychisch Kranke gegenüber einer Kontrollgruppe von in der Gemeinde oder in der Familie lebender psychisch Kranker eine höhere Sterberate und ein gehäuftes Vorkommen schwer körperlicher und seelischer Störungen vorweist. - Zuletzt steht jedoch nur noch das somatische Geschehen im Vordergrund: 50 % der Betroffenen sind im Allgemeinkrankenhaus verstorben.

Im Sinne der hier diskutierten Regressionstheorie konnte auch im Interview und mit den Skalen zur subjektiven Befindlichkeit und der Freiburger Beschwerdeliste bemerkt werden, daß sich die in der kleineren Klinikeinheit verbliebenen Patienten insgesamt bedeutsam wohler und sich weniger spürbar im subjektiven Befinden beeinträchtigt fühlten (entsprechend den Werten von Gesunden), als die Patienten, die außerhalb klinischer Versorgung lebten. - So kam es zu dem "erstaunlichen" Ergebnis, daß sich die offensichtlich im psychiatrischen Sinne weiterhin Schwerstbehinderten und Kranken keine höhere somatische Beschwerdeanfälligkeit (was jedoch für das Persönlichkeitsmerkmal Nervosität, Labilität und Klagsamkeit steht) als die entlassenen Patienten an den Tag legten, also weniger "krankheitsdauerdependent neurotisiert" (HAMPEL und FAHRENBERG 1977, 9) erschienen. - Die entlassenen Patienten lebten war extramural mehr oder weniger in der Freiheit, mußten dafür aber auf die versorgerische und relativ konfliktfreie stationäre Betreuung verzichten. Schlüsse können jedoch wegen der Normabweichung und Fremdhilfe nur sehr vorsichtig gezogen werden.

Immerhin entspricht dieses Ergebnis trendmäßig den Ergebnissen von CIOMPI und Mitarbeiter (1979, 375), die unter ihren 81 entlassenen chronischen Patienten mit Erstaunen ein völliges Fehlen von Beziehung zwischen Rehabilitationserfolg und subjektiver Zufriedenheit zu Ende der Beobachtungszeit notierten; es widerspricht aber einem anderen Ergebnis (BARR und PARKER 1975, 48) aus einem ganz anderen Lebensraum, nämlich dem von New South Wales in Australien. Dort wurden 90 von 140 entlassenen Langzeitpatienten u.a. auch hinsichtlich ihrer Zufriedenheit über ihre Entlassung befragt: die Mehrzahl bekundete "happy" zu sein. Es betraf eine relativ sozioökonomisch homogene Gruppe, die in Pensionen und Pflegeheimen lebte und dazu noch arbeitslos waren.

Ob es sich nun bei den verbliebenen regressiven Patienten primär um Schäden der Langzeithospitalisierung handelt oder ob es gerade deren infantil-regressive Haltungen waren, die sie die Chance zur Entlassung aus der kleineren Klinikeinheit nicht nutzen ließ, bleibt eine offene Frage.

Zwingend jedoch erscheint die Vielfalt regressiver Ausdrucksformen, die in diesen besprochenen Bereichen anzutreffen waren. Zukünftig muß gerade auf das pathologische Regressionsbedürfnis von chronisch Kranken hinsichtlich rehabilitativer Schritte prognostisch besonderes Augenmerk gelegt werden.

Neben dem pathologischen Regressionsbedürfnis gaben auch noch andere Ergebnisse prognostischen Aufschluß hinsichtlich Verbleib und Entlassungen der Patienten.

Bezüglich der Aufnahmehäufigkeit in unterschiedlichen Institutionen war auffällig, daß fast ein Viertel der Patienten keinmal vor der 1. Aufnahme in der Großklinik stationär behandelt worden waren. Zusammen mit jenen Patienten, die nur eine Aufnahme vorwiesen, sind es dann 34 Patienten (44 %), d.h. mehr als zwei Drittel dieser Kohorte wurde auch ohne langjährige "Drehtürpsychiatrie" sehr bald die Prognose einer Dauerhospitalisation mit dem Status eines chronisch Erkrankten zuteil. Dies entspricht Ergebnissen, die STEINGRÜBER et al. (1975, 206) andeuten.

Eine Häufung von Aufnahmen und Entlassungen - so wurde angenommen - können sich prognostisch positiv für den weiteren Verlauf niederschlagen, da die institutiogene Chronifizierung des chronischen Leidens unterbrochen wird. Trotz vermehrter Entlassungsversuche und hoher Wiederaufnahmequoten aus der kleineren Klinikeinheit zeigten 17 von 45 (38 %) Psychosen vermehrt lange Verweilzeiträume von insgesamt 3 bis über 10 Jahre. Eine vergleichbare Anzahl von Patienten wies vor der Verlegungsaktion ähnliche Verweilzeiträume in der Großklinik auf. Wie konnte es trotz aller Bemühungen dazu kommen? Einige der Oligophrenen (5), die auch hohe Verweilzeiträume vorwiesen, konnten jedoch in neu eröffnete extramurale Einrichtungen entlassen werden. Denkt man an die Tatsache der jahrelangen Enthebung aller Sorgen bezüglich persönlicher Belange, so fehlten offensichtlich entsprechende ambulante oder teilstationäre Angebote zur Nachsorge (im Stadtzentrum, in Wohnnähe), deren Betreuer dem Patienten vertraut sind, die er jederzeit aufsuchen kann. In Form einer derartigen sozialen Anbindung könnte der Patient auch in einer erneuten Krankheitskrise stabil gehalten und so

vor einer erneuten stationären Aufnahme bewahrt werden (dies stellt eine negative Antwort zu Frage 4 hinsichtlich einer nachsorgenden Betreuung für Entlassene der Kohorte in Kap. II.1.2.3 dar).

Die längsten Krankheitsverläufe zeigten naturgemäß einmal mit 100 % die Oligophrenen, zum anderen mit 71 % die Schizophrenen, die alle vor dem 3. Lebensjahrzehnt erkrankten. Die Alkoholiker erkrankten manifest erst ab dem 4. Lebensjahrzehnt gehäuft im 5. Lebensjahrzehnt, d.h. in der Lebensmitte. Deren manifester chronischer Alkoholabusus ging allerdings ein langjähriges Fehlverhalten voraus. - Nach dem Trend, der von HUBER et al. (1979, 265) mit dem Bonner Kollektiv aufgezeigt wird, hat ein frühes Erkrankungsalter bei Schizophrenen (auch für die Früh-Schizophrenien) keine ausschlaggebende Bedeutung für die Langzeitprognose. Diese Erfahrung konnte mit der Mehrzahl der jüngeren Schizophrenen nicht bestätigt werden: sie blieben Dauerpatienten der kleineren Klinikeinheit oder mußten erneut - mangels Nachsorgeeinrichtungen - in andere psychiatrische stationäre Betreuung aufgenommen werden.

Inwiefern war die Psychopathologie prognostisch ein ausschlaggebender Faktor bei der Dauerunterbringung? Es wurden während der gesamten stationären Aufenthalte bis zur letzten Entlassung eher stabile Zustandsbilder bei 33 (41 %) der Patienten gefunden; 7 Patienten (9 %) verschlechterten sich; 21 Patienten (26 %) verbesserten sich gering im Zustand; 19 Patienten (24 %) waren merklich gebessert zum Zeitpunkt der Katamnese. Veränderungen des Symptombildes bei Remanifestation ergaben sich bei 18 Patienten (23 %).

Außer den Alkoholerkrankten, die sich insgesamt deutlich verschlimmerten, konnte bei allen diagnostischen Subgruppen in etwa gleiche Tendenzen festgestellt werden.

Unter den 34 schizophrenen Patienten befanden sich jedoch 19 Patienten (56 %), für die sich hinsichtlich einer Besserung des Zustandsbildes nichts getan hatte. Dieses Ergebnis entspricht dem Trend zweier langfristiger Verlaufsbeobachtungen von Schizophrenen in Bonn und Zürich, über die BLEULER et al. (1976, 479) berichten: Nach dem 5. Erkrankungsjahr verschlimmert sich statistisch gesehen das Befinden der

Schizophrenen nicht mehr, drei Viertel der Patienten bleiben so "dauernd", d.h. zwischen 5 - 22 Jahre einigermaßen stabil im Zustand; ein Viertel der Patienten erleben jedoch noch Jahrzehnte nach Krankheitsbeginn "dramatische Schwankungen" im Befinden. Die Zustandsbilder der vorliegenden Subgruppe sind insofern auch vergleichbar, als es zu nicht zu erwartenden erheblichen Schwankungen in Richtung Verschlimmerung oder Besserung bei 10 Patienten (30 %) gekommen ist.

Eine Dauerhospitalisation oder eine Entlassung ist - vergleicht man nun die diagnostischen Subgruppen - für Schizophrene, Alkoholerkrankte und Oligophrene dieser Kohorte eher nicht von psychopathologischen Erwägungen (in Richtung besseren Befindens) abhängig, sondern eher von der Tragfähigkeit des sozialen Netzes extramural (in Einzelfällen von dem Ausmaß der insgesamten Erkrankungsneigungen). - Diesen Trend zeigt auch CIOMPI und Mitarbeiter (1979, 374), die betonen, wie der Rehabilitationserfolg von vorwiegend chronisch psychiatrischen Patienten in erster Linie von der Struktur des sozialen Feldes, in zweiter Linie von mehr Persönlichkeits- und motivationalen Aspekten und erst dann von Alter, Geschlecht und einer Bewertung von noch vorhandenen psychopathologischen Störungen. So hat es für die Alkoholiker, die sich verschlimmerten, und die Oligophrenen, die eher stabil blieben, keinen Grund gegeben, sie nicht zu entlassen, als sich entsprechende Unterkünfte fanden oder sich extramural rehabilitative Möglichkeiten eröffneten. Die größere Anzahl dieser Patienten konnte zum Zeitpunkt der Spätkatamnese auch noch außerhalb der Psychiatrie lebend angetroffen werden.

Die Patienten mit affektiven Psychosen, die organisch-psychiatrisch Erkrankten und die Demenz-Patienten zeigten sich zwar eher stabil, blieben aber primär Dauerpatienten der kleineren Klinikeinheit oder wurden entlassen und verstarben im wesentlichen bis zum Zeitpunkt der Spätkatamnese, was für die Schwere ihrer Erkrankung spricht. Jedoch eine merkliche Verbesserung in der Psychopathologie bei 6 Patienten dieser Subgruppen ist keine Garantie, daß sie sich körperlich im Zustand nicht verschlechtern, insbesondere wenn man daran denkt, daß psychische Regression mit körperlichen Regressionsformen alternieren können.

Wie schon erwähnt, steht prognostisch bedeutsam nach CIOMPI und Mitarbeiter (1979) in der Langzeitentwicklung von psychiatrisch Erkrankten das Erkrankungsalter erst an dritter Stelle. Bei Überprüfung der Früherkrankten (bis zum 40. Lebensjahr) und deren gelungenen sozialen Bewährung (Partnerschaft, Beruf) ließ sich hier jedoch feststellen, daß sich bei einer großen Anzahl der 38 Lediggebliebenen des jüngeren Erkrankungsalters sich deren Alter hinsichtlich Entlassung und sozialer Rückkehr prognostisch negativ niederschlug. Das betraf zwar nicht die 13 Oligophrenen mit 70 % Entlassenen, jedoch 25 Lediggebliebene männliche Schizophrene mit 54 % stationär Verbliebenen. Dabei sind, wie o.g., für die Oligophrenen im Verlauf von 10 Jahren vermehrt extramurale rehabilitative Möglichkeiten entstanden. D.h. es war in dieser Kohorte zwar - die frühe Erkrankung nur in dem Sinne maßgeblicher Faktor für den Rehabilitationserfolg oder Mißerfolg - insbesondere so für die 25 jungen Schizophrenen als es zu keinen tragenden Bindungen kommen konnte (abhängig von Alter und der prämorbiden Anpassung), die bei einer Entlassung zur Verfügung hätten stehen können. Mittelbar war so die soziale Prognose aber doch wieder von der Struktur des sozialen Umfeldes abhängig, da zunächst stationär klar strukturierte psycho-soziale Behandlungsprogramme fehlten. Schon 1970 (S. 281) fordert DILLING zur Beeinflussung der sekundären Behinderung ausreichend Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten zu schaffen, die auf eine soziale Remission abzielten. An derartigen Einrichtungen und Nachsorgeprogrammen außerhalb nervenärztlicher, meist medikamentöser Behandlungen mangelte es aber in den ersten 7 Jahren der Beobachtungszeit.

Prognostisch erwähnenswert an dieser Stelle ist noch, daß es im Wohlbefinden der 22 nicht-stationären Patienten zum Zeitpunkt der Spätkatamnese zu außerordentlich hohen Schwankungen im subjektiven Befinden (ersichtlich an der Spannweite der Summenscores der Befindlichkeitsskala) gekommen ist. So fühlten sich 10 dieser 22 Patienten (45 %) eher wohl, d.h. ihre Mittelwerte standen der gesunden Kontrollgruppe näher als der psychiatrischen Vergleichsgruppe. 6 dieser Patienten lebten allerdings in einem tragfähigen sozialen Umfeld, nämlich der Übergangswohngemeinschaft des klinischen Hilfsvereins "Die Brücke" oder in eigener Wohnung mit Familie.

5. Tragfähigkeit des sozialen Netzes

KRINGLEN (1981, 72), der sich sowohl auf klinische Studien westlicher Länder wie auf Verlaufsstudien nicht-industrialisierter Länder bezieht, findet hinsichtlich der Prognose von Schizophrenie wiederkehrend drei Hauptfaktoren, die neben den individuellen Faktoren (klinisches Symptombild, Persönlichkeitsstruktur) insbesondere soziale Faktoren wie familiarer Halt und kulturelle Faktoren wie gesellschaftliche Isolation von psychisch Kranken neben anderen Faktoren den Ausschlag geben.

Die fragliche Tragfähigkeit des privaten sozialen Netzes wurde in besonders erschütternder Weise an der Partnerschaftslosigkeit der chronisch psychiatrisch Erkrankten deutlich. 94 % (90 % der 80 Patienten insgesamt) der zum Zeitpunkt der Spätkatamnese noch lebenden Patienten konnten nicht auf die Hilfe und Unterstützung eines Partners in/oder nach ihrer Erkrankung zurückgreifen. Daß sich unter chronisch psychiatrischen Patienten vermehrt alleinstehende Personen befinden, die eher gefährdet sind wie sie BRISCOE et al. 1973, 119 ff.; DILLING und WEYERER 1978, 248; HARTMANN und MEYER 1974, 4; VOGEL und VLIEGEN 1975, 574 schon beschreiben, kann mit dieser Kohorte voll bestätigt werden. Die Beziehung zwischen Alleinstehenden und der Langzeitentwicklung war grundsätzlich für alle Krankheitsbilder festzustellen. Die Mehrzahl der Patienten konnte an diesem Punkt keine lebensweltliche Verankerung in tragenden menschlichen Beziehungen erfahren.

Die 38 % zur Ehe gekommenen schizophrene Untergruppe weist so auch eine mehr als doppelt so hohe Scheidungsquote im Vergleich zu einem Bonner Kollektiv von Schizophrenen (HUBER et al. 1979, 372) auf. Hier ergibt sich ein abweichendes Ergebnis. Die primär männlichen Patienten dieser Subgruppe scheinen noch gestörter, was einen von HOLLINGSHEAD und REDLICH (1975); CIOMPI und MÜLLER (1976) gefundenen Ergebnis entspricht, daß nämlich gerade alleinstehende (ledige), geschiedene und verwitwete Männer sich in der Lebensbewältigung häufig als hilfloser erweisen. Alleinstehend und männlichen Geschlechts zu sein scheint mit ein bedeutsamer Faktor für eine chronische Verlaufsform der Erkrankung darzustellen, was der Frage 1 zum Einfluß des Familienstandes und Ge-

schlechts in Kap. II.1.2.2 (Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: Vom Fehlen bzw. Vorhandensein einer familialen Bezugsperson) eine Antwort gibt.

Eigene Kinder kommen als Kompensationsmöglichkeit auch nicht in Betracht. Denn wegen der Partnerschaftslosigkeit lag die Kinderlosigkeit der Patienten mit 80 % weit über dem Durchschnitt einer Normalpopulation mit 14 %. Das soziale Netz zeigte sich dann tragfähiger, wenn Kinder, d.h. eine Familie vorhanden waren, was sich in vermehrten Entlassungen oder einer verbesserten Lebensqualität mit Besuchen und Belastungsurlauben nach Hause ausdrückte.

Da jedoch die Fähigkeit zur Paarbildung bei chronisch-psychiatrisch Erkrankten prämorbid wenig gegeben ist, sind auch Kinder keine tragenden Pfeiler des sozialen Bezugsfeldes dieser Menschengruppe (dies beantwortet die Frage 2 und 4 in Kap. II.1.2.2 Zielsetzung chronischer Verlauf in Abhängigkeit: Vom Fehlen bzw. vom Vorhandensein einer familialen Bezugsperson).

Daß chronisch Kranke vor ihrer ersten Aufnahme tendenziell außerhalb eines familialen Bezugsrahmens lebten, der hätte präventiv oder sekundär präventiv wirksam sein können, konnte bei 55 % der Patienten festgestellt werden. Allerdings war bei den jüngeren männlichen Schizophrenen das alleinige Vorhandensein einer weiblichen Bezugsperson tendenziell - wegen inzestiöser Versuchungssituationen und schwer lösbarer Bindungen - eher gefährdend, so daß es zu erneuten Dekompensationen und Wiederaufnahmen oder einem stationären Verbleib in der kleineren Klinikeinheit gekommen ist. - Bei den jüngeren männlichen Oligophrenen konnte anhand der zunächst gehäuften Wiederaufnahmen eine noch vorhandene vermehrte familiale Fürsorge festgestellt werden, die mit dem fortschreitenden Verlauf allerdings abnimmt, einmal wegen bedeutsamer Veränderungen im familialen Umfeld, zum anderen wegen der von HARTMANN und MEYER (1974) festgestellten verringerten Besuchsfrequenz, d.h. einem geringeren Interesse der Angehörigen bei jahrelangem Verbleib.

Die Lebensbewältigung ist für chronisch psychiatrisch Erkrankte außerhalb eines institutionellen Rahmens dann erschwert, wenn sie nicht in einem tragfähigen sozialen Umfeld leben. Dies dokumentierte sich an den 13 Ex-Patienten (unterschiedlicher Diagnosen) von 52 noch lebenden Patienten. Von diesen lebten 3 Patienten in Familie, bzw. 3 Patienten (unterschiedlicher Diagnosen) mit einem Ehepartner, 4 allein in eigener Mietwohnung und 3 in einer Übergangswohngemeinschaft. Es erwies sich, daß die alleinlebenden Ex-Patienten weit instabiler waren bezüglich Rezidiven, die zu Wiederaufnahmen und auch zu Verwahrlosung führten. Eine tragfähige Partnerbeziehung jedoch wirkte sich insofern positiv auf den chronischen Verlauf aus, als die Patienten unbesehen der Art und Schwere der noch bestehenden psychischen Behinderung sehr wohl in geordneten Verhältnissen extramural leben konnten, d.h. man von einer jedoch eingeschränkten (da keiner dieser Patienten mehr einer Tätigkeit nachging) sozialen Rückkehr sprechen kann. Dies beantwortet die Frage 3 in Kap. II.1.2.2: Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: Vom Fehlen bzw. Vorhandensein einer familialen Bezugsperson.

Inwiefern das sozial-kommunikative Netz defekt ist, wird auch an den außerordentlich geringen zwischenmenschlichen Außenkontakten der Patienten deutlich. Daß die Besuchsfrequenz mit der Länge der Hospitalisierung abnimmt, fanden JONAS et al. (1969, 75). Diesem Trend entsprechend gab es unter den vorwiegend alleinstehenden 52 noch lebenden Patienten zum Zeitpunkt der Spätkatamnese nur 5 Patienten (10 %) mit eher zufriedenstellenden Partnerkontakten, 4 Patienten (8 %) mit ein bis häufigeren Kontakten zu Kindern und 24 Patienten (46 %) mit Kontakten zu weiteren Familienangehörigen (wobei Mehrfachnennungen möglich waren). Die höhere Anzahl der Familienkontakte (bei Oligophrenen und Schizophrenen jeweils wenigstens 50 %) täuschen jedoch die Tragfähigkeit eines sozialen Netzes vor, die letztlich nicht gegeben war: eine soziale Isolierung von chronisch psychisch Kranken kann nur dann verhindert werden, wenn es zu häufigeren Kontakten (d.h. mehrmals monatlich) zu Außenstehenden, primär familialen Bezugspersonen kommt: im inversen Verhältnis, wie die Anzahl der Familienkontakte zunimmt, nimmt jedoch die Anzahl der Patienten ab. Bei 11 Patienten (21 %) war zwar eine Familie grundsätzlich vorhanden, kümmerte sich aber nicht.

Es konnten also insgesamt nur 11 von 52 Patienten (21 %) auf ein engeres familiales kommunikatives Netz zurückgreifen. Daß aber Kontakte zu Psychiatriepersonal kein Ersatz für Familienkontakte oder andere Außenbeziehungen sein können, betont SCHMID (1979, 95), was sich an den 90 entlassenen Triester Langzeitpatienten bestätigt.

Neben den 24 stationären Patienten, die von außentragenden mitmenschlichen Kontakten eher abgeschnitten waren, fehlten ja aber auch für die Mehrzahl der entlassenen Patienten entsprechende stabilisierende Außenbeziehungen (da weder sich kümmernde Verwandte noch Freunde vorhanden waren), so daß es nicht verwundert, wenn diese Ex-Patienten mit ehemals extensiven Verweilzeiträumen eher labil blieben und die gesammelte Verantwortlichkeit für die eigenen Belange und eigenes Wohlbefinden häufig nicht selbst tragen konnten und wieder aufgenommen werden mußten.

Alte Bezugsfelder waren wegen der schon beschriebenen Migrations-Tatbestände und der Inselsituation Berlins in vielen Fällen nicht mehr zugänglich. Andererseits fehlte es auch an Möglichkeiten personaler Art eine aufsuchende vor- und nachsorgende Familienbetreuung für die Patienten zu leisten, wie sie positiv HARTMANN und MEYER (1974, 6) beschreiben. - Es kam zwar in den letzten 3 Beobachtungsjahren zu derartigen Versuchen, aber die Entfremdung der ursprünglichen Familie war meist zu weit fortgeschritten.

Letztlich sind Außenbeziehungen zwar nicht ausschlaggebend für eine Entlassung, aber stellen sich als hervorragender Bedeutungsfaktor heraus für die allein außerhalb einer sozialen Einbindung lebenden Patienten. Das Isolierungsschicksal dieser Patienten ist ein permanenter Labilisierungsfaktor. Alternative Beziehungen und Auseinandersetzungsmöglichkeiten wären gerade für diese kontaktbehinderten Patienten beim Zusammenleben innerhalb von Wohngemeinschaften gegeben.

Eine fragliche Tragfähigkeit bezüglich des öffentlichen sozialen Netzes in der nachsorgenden Betreuung von chronisch psychiatrischen Patienten ergab sich durch die geringen Entlassungs- bzw. Verlegungsmöglichkeiten mangels entsprechender Übergangseinrichtungen bzw.

psychiatrischer Fachkrankenheime, die nicht nur geistig Behinderten Schutz gewähren, sondern auch psychotische Patienten zu einem mehr selbständigen Leben führen würden.

3 männliche Patienten der Kohorte (1 Schizophrener und 2 Minderbegabungen) konnten 1978/79 in eine neue auf dem weiteren Klinikgelände eingerichtete Übergangswohngemeinschaft entlassen werden, wobei die Voraussetzung einer strukturierten Tätigkeit an 5 Wochentagen (in geschütztem Milieu) zu den Lebenshaltungskosten dieser ungelernten Patienten beitrug, was also einem Schritt in selbständigere Versorgung gleichkam. Diese geschützte Wohnsituation mit familienähnlichem Charakter und Bezügen (die Betreuer in der Elternfunktion) ermöglichte diesen Patienten trotz jahre- bis jahrzehntelanger stationärer Unterbringung eine soziale Einbindung. Dies entspricht dem Trend, den GOMEZ (1978, 217) berichtet hinsichtlich der positiven Wirkung (weniger Wiederaufnahmen, bessere nach-klinische Anpassung) von Wohngruppen, die die Autonomie fördern, gleichzeitig sich aber auch als weit kostengünstiger darstellen als die stationäre Versorgung. Wohn- und Arbeitsachse entsprechend den tragenden Pfeilern auch der Rehabilitationsprogramme von chronisch psychisch Kranken, wie sie CIOMPI und Mitarbeiter (1977, 1978, 1979) berichten.

Obwohl eine enge Verbindung zwischen der kleineren Klinikeinheit und dem heilpädagogischen Zentrum, das ja u.a. ein psychiatrisches Fachkrankenheim für Erwachsene sein sollte, bestand, konnten im Verlauf von 4 Jahren nur 5 Patienten aus der Kohorte (2 Alkoholerkrankte und 3 Minderbegabte) dorthin verlegt werden. Da vom Konzept her diese Nachsorgeeinrichtung auf die geistig behinderte Gruppe zugeschnitten ist, fällt die mögliche Verlegung für die psychotischen Kranken aus. D.h. in beiden Nachsorgeeinrichtungen, nämlich der Übergangswohngemeinschaft und dem heilpädagogischen Zentrum, kamen primär die Oligophrenen dieser Kohorte "zum Zuge" und die psychotisch Erkrankten sind eher benachteiligt.

Die Selbständigkeit von ehemaligen stationären Patienten kann in diesen Einrichtungen mit einer hohen Betreuerzahl ausreichend gefördert werden, so daß von daher eine Verbesserung der Lebensqualität dieser

weiterhin geistig und seelisch Behinderten erreicht wurde. Bedauerlicherweise reichen aber diese wenigen Möglichkeiten nicht aus, eine größere Anzahl von weiteren Patienten zur Entlassung vorzubereiten, bzw. sie aufzunehmen und zu betreuen.

In Beantwortung der in Kap. II.1.0 (Zielsetzung: Zusammenhang zwischen der Tragfähigkeit des sozialen Umfeldes und des chronischen Verlaufs) gestellten weiteren Fragen 1a und b; 2 und 3 läß sich anhand der gesammelten Eindrücke zunächst folgendes festhalten:

- Das soziale Netz reicht aus, die Folgeerscheinungen von Langzeitverläufen psychiatrischer Erkrankungen zu verhindern (Wiederaufnahmen, Dauerunterbringung), wenn ein Partner oder wenn Familie da ist (Frage 1a und 1b).

- Eingeschränkt ausreichend erscheinen die vorhandenen Berliner ambulanten Einrichtungen (Heilpädagogisches Zentrum, Übergangswohngemeinschaft), für die minderbegabten Patienten, die keine Familie haben, nicht ausreichend jedoch für die psychotischen Patienten (Frage 2).

- Die Nachsorgeeinrichtungen reichen jedoch aus, wenn die Hauptlast die Familie trägt, d.h. eine psychiatrische Begleitung nur über einen Nervenarzt der Wohngegend laufen muß (Frage 3).

Zu Kap. II.1.2 läßt sich Frage 2 ergänzend hierzu beantworten: Ein extramurales Leben für chronisch psychiatrisch Erkrankte innerhalb Berlins Mauern ist eingeschränkt abhängig vom Vorhandensein eines Familienbezuges, der Schutz und Unterstützung gewährt.

Die Medikamenteneinnahme ohne ärztliche Kontrolle, die die entlassenen Patienten (auch jene mit Rezidiven) durchführten, gab positiven Aufschluß - einer Erfahrung von RAVE-SCHWANK und HÜNECKE (1979, 804) entsprechend - darüber, wie eine Reihe von Patienten selbständig genug ist (in Beantwortung eines Teilaspektes der Frage 2 aus Kap. II.1.2.3 hinsichtlich medikamentöser Selbstbetreuung), es mit einem Leben außerhalb stationärer Einrichtung aufzunehmen und bei erneuten Aufnahmen darauf hinzudrängen, wieder entlassen zu werden.

Betrachtet man die Aufnahmehäufigkeit unter dem Aspekt der Struktur des sozialen Netzes, so ist zunächst die Vielzahl der insgesamten Wiederaufnahmen, nämlich 4 bis 59 (!) frappant. Dabei durchliefen die 45 Psychotiker insgesamt die höchste Anzahl der Aufnahmen, was ein eindeutiger Hinweis ist, daß diese Patienten grundsätzliche Fähigkeiten, draußen zu leben, lange beibehalten, die jedoch langfristig abnehmen.

Hierbei wurde gerade an diesen "Drehtürpatienten" deutlich, wie hilfreich es für diese Patienten wäre, wenn sie während einer vorübergehenden Verschlechterung ihres Zustandes ein Krisenzentrum oder eine halbstationäre Einrichtung aufsuchen könnten, was sie weniger ihrem normalen Bezugsfeld entfremden würde und dadurch ihnen ihre sozialen Fähigkeiten erhalten blieben. Dabei ist hier nicht nur an die bessere Bewältigung lebenspraktischer Gesichtspunkte gedacht, sondern es geht ja auch um die Lebensqualität dieser Menschen, so daß ihnen insofern eine qualitativ "bessere" Versorgung zuteil würde.

Diese Überlegungen werden von einer Gruppe entlassener kanadischer Patienten mit ebenso erheblichen Verweilzeiträumen in einer 5-Jahres-Katamnese bestätigt - wie FAKRUDDIN et al. (1972) berichten: Es kam bei diesen zu vergleichbaren Ergebnissen mit entlassenen Patienten nach nur einer Aufnahme, allerdings stellten die ersten 12 Monate hinsichtlich einer Wiederaufnahme (bei der Hälfte der Patienten) den kritischsten Zeitabschnitt dar.

So bedarf es einem eher öffentlichen tragfähigen sozialen Bezugsfeld, was diese Patienten bei ersten Schritten in ein selbständigeres Leben begleitet und sie nicht sich selbst und ihren pathogenen Bedingungen überläßt.

Da chronisch kranke Schizophrene den größten Anteil aller Dauerkranken stellen, erfolgt eine - so sehen es HARTMANN und MEYER (1974, 6) - "intensivierte und spezialisierte Behandlung zu Beginn ihrer Daueruntergebringung bereits zu spät". Eine zunehmende Isolierung (Angehörige leben oder begleiten den Patienten nicht mehr) und eine soziale Ausgliederung des Kranken (Ausscheiden aus dem Erwerbsleben) sind Fak-

toren, die allerdings bei den ersten Auffälligkeiten noch entscheidend beeinflußt werden könnten: hier schlagen die Autoren eine regelmäßige Überwachung und Betreuung aller im Hinblick auf eine Dauerunterbringung gefährdeten Schizophrenen durch Sozialarbeiter vor, sofern nicht teilstationäre und andere Einrichtungen schon existieren. Eine regelmäßige Betreuung könnte auch die Familie (sofern sie vorhanden) entlasten, die weiterhin die Hauptlast trägt.

6. Soziale Rehabilitation - Ein Ausblick? Triest und Berlin im Vergleich

Angesichts der vorgefundenen pathologischen Regressionsbereitschaft (Abhangigkeit und Passivitat) und der mangelnden Tragfähigkeit des sozialen Umfeldes (Partnerlosigkeit; wenig Angehörige; kein soziales Hinterland Berlins; kein ausreichend integrierter ambulanter Dienst) scheint im Vergleich zu der Versorgungssituation in Triest mit den Außenzentren das Problemfeld klar umrissen: aus den oben beschriebenen Gründen brauchen die Mehrzahl der noch stationär verbliebenen 24 Patienten anscheinend weiterhin die stationäre Behandlung.

Sind nun im Hinblick auf diese regressiven Tendenzen durch eine Umgebung, die schrittweise Autonomie in Ich-Leistungen und Selbstvertrauen in soziale Fähigkeiten fördert, noch eine Reihe von Patienten positiv zu beeinflussen? Wir glauben: ja.

Ebenso wie in den Programmen von HANSELL et al. (1971), die sich methodisch auf die Rehabilitationsprogramme von APPLEBY (1963) stützen, wird auch bei GOSSETT et al. (1977, 1042) und CIOMPI et al. (1979; CIOMPI 1981; 1983) die Ich-Stärke zum tragenden Pfeiler der Rehabilitation und ihrer Erfolgskontrolle bzw. es kommt ihr - so CIOMPI - erhebliche indirekte Bedeutung hinsichtlich direkter beobachtbarer Verhaltensaspekte zu. Gerade das Selbstkonzept von langjährig Hospitalisierten bedarf "der Reparatur" (ZUSMANN 1966 bei HANSELL et al. 1971, 238) und kann so mit dem Blick auf beobachtbares konkretes Verhalten und im Hinblick auf die Befriedigung sozialer Erwartungen[1] (d.h. die prospektive Sicht der Betreuer, wie es BOLK-WEISCHEDEL 1978, 6 beschreibt) anderer hinsichtlich einer Zukunftsperspektive den Patienten aus dem "comfort of shelter to a taste of life"[2] (HANSELL et al. 1971, 238) führen.

---

1) Diesen sozial-kommunikativen, den Verlauf beeinflussenden Faktor betont u.a. KRINGLEN (1981, 72) für Schizophrene in westlichen und nicht-industrialisierten Ländern.

2) Aus dem bequemen Schutzraum zur Lust aufs Leben.

Die Aufforderung von Mitpatienten und Pflegepersonal "verrücktes" Verhalten abzulegen und sich einen Job zu suchen, verschlimmerte bei verschiedenen Patienten unterschiedlicher Diagnosen der HANSELL et al. (1971)-Gruppe noch einmal die Symptomatik, während eines gewissen Zeitraumes, eröffnete aber plötzlich dramatische Veränderungen im Verhalten.

Diese Technik der "produzierten Krise" beschreibt auch CIOMPI (1981, 511) als teilweise erstaunlich erfolgreich.

Worin liegt nun die "optimale soziale Stimulierung" für die WING und BROWN (1970, 181) auf dem Boden ihrer Erfahrungen plädieren, die dem Selbstkonzept chronisch psychisch Kranker förderliche Impulse zu vermitteln vermag? Die im Rahmen dieser Kohortenstudie in Kap. III.10.2.1 Stationäre Behandlungsformen; in Kap. III.10.2.2 Patientenreisen und in Kap. IV.2.2.2 Umwandlung einer Chronikerstation gezeigt wurde, geht es darum, auch langjährig geistig und seelisch schwerstbehinderten Patienten sichtbar am Ausmaß ihrer psychischen und körperlichen Regressionsneigungen, die sozusagen den harten Kern einer jeden Psychiatrie ausmachen, an normale Abläufe im sozialen menschlichen Umfeld schrittweise heranzuführen, ihnen reale Erfolgserlebnisse zu verschaffen, wobei eine "Initialzündung" - wie beschrieben - im Rahmen der Vorbereitung und der Selbstversorgung auf den verschiedenen Patientenreisen erfolgen kann. Daß diese Rehabilitationsbemühung, d.h. eine langsame Wiedereingliederung (und kein Abschieben in Großheime oder dunkle Nischen der Gesellschaft) über 20 Jahre gelingen können, berichtet CIOMPI (1983, 135 ff.) bei der Gütersloher Fortbildungswoche 1983.

1970 noch stellen WING und BROWN (S. 193) fest, daß es gerade für diesen harten Kern der geistig und seelisch Schwerstbehinderten ohne psychiatrische Institution nicht geht. Der "Mythos vom harten Kern" als Thema einer gesamten internationalen Tagung 1982 beschreibt einerseits - wie BRADL (1983) und TORESINI (1983) - den gefährlichen Trend der Nicht-Einmischung, der Negierung des persönlichen Leidens und des Alleinlassens der Bedürftigtsten. Am Beispiel USA kritisiert TORESINI (1983, 31), wie "radikal" diese Nicht-Intervention sein kann: 30.000

ehemalige Patienten des Irrenhauses von New York irren - sich selbst überlassen - in den Straßen dieser Stadt umher. Ohne entsprechend territoriale Alternativen wie im differenziert verzweigten System der Außeneinrichtungen Italiens muß dies, so betont der Autor, nur ein Irrweg sein.

Andererseits kann die Postulierung eines sogenannten "harten Kerns" der langfristig Behinderten eine "nützliche Funktion" darstellen, da er den Anstalten eine Existenzberechtigung verleiht, wie es BRADL (1983, 22) im Zusammenhang mit der ökonomischen Umverteilungspolitik bemerkt.

In der teilweise nachträglichen Begleitung und Beobachtung der Patienten dieser Kohorte über einen Zeitraum von 10 Jahren konnten diese beiden Tendenzen nicht gefunden werden.

Wie sieht nun der Umgang mit dem "harten Kern" in Triest und Berlin aus?

Michele ZANETTI - maßgeblicher Politiker der Provinz Triest - akklamiert 1977 die roten Ärzte: "Triest hat gezeigt, wie man eine wirksame Methode zur Befreiung von Menschen konkret durchführen kann: die Rückgabe kranker Menschen an die Gesellschaft (Spiegel 47, 1978, S. 206).

1978 galt ein Fünftel der staatlichen italienischen Irrenhäuser als "offen". Es waren Schritt für Schritt die anstaltsinternen Beschränkungen ausgeräumt und die Patienten zu Selbstvertrauen und Eigenverantwortung herangeführt worden.

1979 kommentiert STEIN im Tagesspiegel (Nr. 10087, S. 14), daß die Italiener jedoch auch nur mit Wasser kochten. Es seien zwar die Bettenzahlen in Triest und Arezzo reduziert worden, jedoch im Verhältnis zur Einwohnerzahl des Einzugsgebietes auch nicht stärker als in der Bundesrepublik. Für die paar Hundert Entlassungsfähigen (von ursprünglich 1.200 im Jahr 1971) des Ospedale Psiatrico in Triest benenne BASAGLIO sein "aufgelöstes" Krankenhaus in Wohnheim um.

1979 betrachtet allerdings auch JERVIS (1979, 150) - Mitbegründer der Reformpsychiatrie und ihr Theoretiker - 8 Jahre nach der Öffnung der Anstalten die neue italienische Psychiatrie sehr kritisch. Sie kehre letztlich zur alten Psychiatrie zurück und zu deren "Autoritarismus", jedoch in Form von weniger offensichtlichen, aber wirksamen manipulierenden Repressionen. - So sei die "Psychiatrie im Territorium" (JERVIS 1979, 147) - wie der Autor sie nennt - in der Ausdehnung auf Allgemeinkrankenhaus und die peripheren Ambulatorien - nicht zu trennen von der psychiatrischen Anstalt, da die neuen Versorgungsstätten auch zu kleinen Irrenhäusern werden. Es gehe hier wohl mehr um Umgruppierung von sozial Abweichenden, was auch in alarmierender Form in USA geschehe. - Sardonisch führt der Autor aus, daß auch die Reformpsychiatrie - in der Reihe von früher beschrittenen Wegen der Psychiatrie: Elektro- und Insulin-Schock, Ende der 50-er Jahre die Psychopharmaka, in den 60-er Jahren die Permissivität, die Gemeindepsychiatrie - nur einem Modetrend gleichkomme.

Das vorrangigste Problem sei, daß die italienische Psychiatriereform nur sozialfürsorgerisch und nicht therapeutisch orientiert gewesen sei. Das "psychiatrische Problem" auf eine soziale Problematik reduziert, scheint JERVIS (1979, 161) inzwischen ein fragwürdiges Experiment. Da die Psychoanalyse zu rigide von den psychiatrisch Tätigen abgelehnt worden sei, sei auch das therapeutische Problem verdrängt worden, ebenso wie die Frage zur Bedeutung der Subjektivität oder der Bedürfnistheorie. Schließlich fordert JERVIS die unaufschiebbare Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse.

Wie nun die Situation in Triest konkret 1982 aussieht, berichtet TORESINI (1983, 32). Im ehemaligen Irrenhaus San GIOVANNI wohnen von ursprünglich 1.200 Personen noch 200, die in Wohngruppen leben und von dem für sie zuständigen "Centro di Salute Mentale"[1] betreut werden. Inzwischen ist die gesamte psychiatrische Struktur dezentralisiert und zwar in 7 "centri", die je für ca. 40.000 Einwohner (Triest: 300.000 Einwohner) zuständig sind. 8 Bettenplätze genügen als Fluchtpunkt, um Schutz zu gewähren (Kontrolle ist faktisch nicht mehr nötig). Pro Cen-

1) Zentrum für geistige Gesundheit.

tro arbeiten 4 Ärzte, 25 Pfleger, 2 Sozialassistentinnen. Man zählt ca. 5.000 Hausbesuche pro Jahr und ähnlich viele ambulante Interventionen: in den Wohngruppen der Stadt mit den ehemaligen "utenti" (Benutzer), mit den neuen "utenti" in den Familien usw.

Diese Betreuungsstruktur erlaubt größtmögliche personenbezogene Kontakte und Hilfestellung. - Einer der wichtigsten Schritte in der Arbeit mit den Langzeitpatienten bestand in der Kontaktaufnahme bzw. deren Intensivierung mit Angehörigen, ehemaligen Freunden, Leuten des Dorfes, wo der Patient früher aufgewachsen war und gelebt hatte. Ein Großteil dieser Menschen ist jedoch nicht begeistert am Leben eines "Verrückten" teilnehmen zu sollen. Mit Unterstützung der Mitarbeiter gelingt es bei manchen jedoch, Ängste und Vorurteile abzubauen, so daß eine Verbindung zum Leben des Patienten vor seiner Erkrankung geknüpft werden kann. Diese Beziehungen sind für die Loslösung aus der Klinik von großer Bedeutung.

Grundsätzlich besteht in Italien eine sich von Deutschland regional unterscheidende Toleranz gegenüber psychisch Kranken, die deshalb vielleicht auch besser wieder zu integrieren sind. - Triest gilt allerdings nach dem WHO-Bericht 1971 (bei SCHMID 1979, 52) als Stadt mit starken Spannungen und einer historisch verankerten Intoleranz gegenüber abweichendem Verhalten. Hinzu kommt eine wirtschaftliche Misere, da ein wesentlicher Teil der Industrie abgewandert ist, so daß es auch für "Normale" kaum Arbeitsplätze gibt. Um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren, machen viele Arbeiter Überstunden, was ehemalig lang verwahrte Patienten nicht können. - Die Arbeitsfähigkeit war also bei den Patienten kein Kriterium der Besserung, es ging vielmehr um eine Verbesserung der Lebensqualität und der subjektiven Zufriedenheit des Patienten. Dies erfolgte primär mit der Befriedigung von Grundbedürfnissen: eigene Kleider, ein Zimmer, soziale Kontakte, Freunde (SCHMID 1979, 16).

Die äußere soziale Integration der Patienten betrifft also mehr das Zusammenleben in den Wohngruppen der Stadt und auf dem Klinikareal. Ziel des Gemeinschaftslebens (SCHMID 1979, 11), auf den Abteilungen oder in den Centri ist: so wenig Bevormundung wie möglich, dafür so

viel Verantwortung, wie jeder tragen kann. Dabei ist die Realität ein harter Prüfstein: auffälliges Verhalten ist allgemein unerwünscht. "Verrückt sein ist nicht Alibi, sich auf Kosten anderer auszuleben" (SCHMID 1979, 11). Spannungen zu ertragen, soll in Auseinandersetzungen gelernt werden, indem nicht in "verrücktes" Verhalten ausgewichen wird. Konflikte werden da ausgetragen, wo sie entstehen. - Die Arbeit in den Familien ist oft belastend und schwierig. Häufig ändert sich nichts, wenn nicht der Patient infolge des Kontakts zum Außenzentrum die Familie verläßt und andere Bezugspersonen findet.

Der Vorteil der Wohngruppen in der Stadt gegenüber den Wohngruppen auf dem Klinikgelände und den Außenzentren ist eindeutig. In der Stadt haben die Patienten reale Erfahrungsmöglichkeit, sich als normale Bürger zu erleben, von denen ein angemessenes Verhalten erwartet werden kann. So lernen die Patienten in den Wohngruppen - mit Hilfe der intensiveren Beziehungen und Auseinandersetzungen mit den Mitarbeitern (im Vergleich zum Klinikchaos) - ihre Ängste, Vorurteile und Unsicherheiten gegenüber dem "Draußen" zu bewältigen. Die Grenzen des Lebens in den Wohngruppen stellen sich folgendermaßen dar (SCHMID 1979, 15):

- die Langzeitpatienten wollen die Klinik zunächst nicht verlassen. Gestützt und gestoßen vom Pflegepersonal müssen sie ihren neuen Lebensraum erobern. Häufig aber wiederholen sie schon in der Klinik abgelegtes Verhalten, z.B. bleiben sie in den Zimmern, kümmern sich um ihre Mitbewohner nicht. Die Patienten stehen unter doppeltem Druck: sie sollen ihre Ängste, Vorurteile und Minderwertigkeitsgefühle gegenüber den Normalen ablegen, dürfen aber ihr Leiden nicht durch ihr übliches Verhalten (Schreien, Drohen, Scheiben einschlagen) ausagieren. Bis 1978 hatten sich diese Anfangsschwierigkeiten zumindest in einigen Wohngruppen gegeben. Es haben sich Freundschaften, teilweise auch außerhalb der Klinik gefunden.

  Die älteren Ex-Patienten in den Wohngruppen sind jedoch weiterhin der Isolation und Resignation ausgesetzt (wie im übrigen auch andere ältere Leute). Unter den jüngeren Ex-Patienten sind vorherrschend: Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche, beim Kontakt mit dem anderen Geschlecht, bei Auseinandersetzungen mit den Eltern.

Diese letztgenannten Probleme scheinen jedoch eher den Eindruck von normalen Problemen zu machen, mit denen auch die "normale" Bevölkerung der Stadt Triest mehr oder weniger zu tun haben kann.

Ein weiteres Problem hat sich - ebenso wie in englischen Verhältnissen - auch in Italien eingestellt: die Chronifizierung "neuer Patienten"

mit unterschiedlichen Abhängigkeitsgraden von den Zentren, allerdings mit einem Unterschied: die Patienten leben im eigenen Milieu und sind nicht mehr interniert. Außerdem sind die Kontrollmöglichkeiten und dadurch die Bevormundung weit geringer.

Die Last der Kranken in Italien liegt pimär bei der ambulanten Versorgung (Antwort auf Frage 2 aus Kap. II.1.3 Italienische Psychiatriereform ...). - In Triest wird allerdings ein Großteil der Mitarbeit in den Wohngruppen von Volontären bestritten. - Die Wohnsituation auf dem Klinikareal der dort 200 verbliebenen Patienten gestaltet sich in autonomen Wohngruppen von 3 - 10 Personen.

Was bringen die konkreten Veränderungen in Triest im Endergebnis dem einzelnen Patienten? Welche Maßstäbe werden angelegt? Sind sie den unseren vergleichbar?

In diesem Abschnitt sollen nun beispielhaft die lebenden 52 von 80 Patienten der Kohorte mit den 90 nach dem Zufallsprinzip ausgesuchten entlassenen Langzeitpatienten von Triest (SCHMID 1979) hinsichtlich deren Fähigkeitsniveau im sozialen Funktionieren bzw. deren sozialer Rehabilitation verglichen werden, wobei der harte Kern der 24 stationär aufgefundenen Patienten der Kohorte gesondert Beachtung findet.

SCHMID benutzt in ihrer Beurteilung und Begleitung der Patienten (5-Jahres-Katamnese: 2 Fragebögen und ein halbstündiges beobachtendes Interview) verschiedene Indizes zum psychosozialen Zustand. Diese Indizes sind in der Hochrechnung des Rangkorrelationskoeffizienten mit dem deskriptiv gehaltenen Fähigkeitsniveau der Patienten dieser Studie nicht gut vergleichbar. Es ergeben sich aber ähnliche Schwerpunkte (dies beantwortet auch die Frage 3 und 4 hinsichtlich der Autonomiekriterien in beiden Vergleichsgruppen, aus Kap. II.1.3 Italienische Psychiatriereform ... Vergleich zu West-Berlin).

Triest	Berlin
Veränderungen zwischen 1971 und 1976. Wichtigster Maßstab in der Rangfolge ist Index Psychosoziale Rehabilitation, die sich aus den 3 Variablen zusammensetzt.	Ist-Stand des Fähigkeitsniveaus 1979 von 3 Bereichen (s. Tabelle 47 Spätkatamnese: Ich-Funktionen ...)

Triest

1. der Autonomie (Aktions-) radius der Patienten ohne fremde Hilfe zurechtzukommen).

2. soziale Beziehungen
3. Beschäftigung

1976 war in diesen Bereichen eine starke Besserung zu 1971 zu verzeichnen: ad 1: Patienten können sich außerhalb des Klinikareals unauffällig bewegen. ad 2: 1971 hatten die Patienten weniger als 2 - 3mal Besuch im Monat. 1976 war gebessert, aber weiterhin vereinsamt (eine Intensivierung der Besuchsfrequenz wirkte sich positiv aus). Weiterhin abhängig in ihren Beziehungen von den Außenzentren.
ad 3: Kann sich selbst beschäftigen oder hat festen Verdienst

Berlin

1. Freizeitgestaltung und unstrukturierte, nach außen gerichtete Aktivität 71 % mehr oder weniger gutes Gelingen; 54 % der stationären Patienten.

2. Handhabung der täglichen Notwendigkeit gelingt mehr oder weniger gut: 83 % der Patienten; 75 % der stationären Patienten.

3. Bereiche der Beziehungsgestaltung: 71 % mehr oder weniger gut; 54 % der stationären Patienten.

u.a. weitere Bereiche:

Instrumentelle Autonomie (Verkehrsmittel, Geld, Ausgang) wurde wegen der erforderlichen Fertigkeiten durch intensives Verhaltenstraining gefördert.

- Das entspricht in etwa den Bemühungen zur Vorbereitung der 3 Reisen (Einkäufe etc.) zur Selbstversorgung und Tagesplanung auf den Reisen; den schrittweisen Bemühungen mit Hilfe oder ohne Hilfe in die Stadt zu fahren; oder Belastungsurlaube einzurichten;

Konformität, Normalität (Ernährung, Kleidung, Wohnung) gelingt unter Mitarbeit

- Die Vorbereitungen zur Eröffnung der Übergangswohngruppen; das Leben dort mit Selbstversorgung gelingt mit Betreuung gut.

- Bedeutsamer Beitrag im Rahmen von Haushaltsaufgaben: gelingt mehr oder weniger gut: 43 %.

Subjektives Befinden:

Viele Patienten erlebten es zunächst als eine Zumutung, für sich selbst sorgen zu müssen und nicht mehr wie ein Kind versorgt zu werden. Inzwischen wollen die meisten Ex-Patienten auch nicht zurück ins Spital, dennoch leiden sie am Unverständnis und den Vorurteilen ihrer Umgebung.

Die 28 Patienten, die außerhalb leben, fühlen sich nur wohl, wenn sie eingebettet in einem sozialen Umfeld leben (Familie; Übergangswohngemeinschaft; Heilpädagogisches Zentrum; Rehabilitationsheim der Großklinik). Nicht aber wenn sie allein leben und sich isoliert fühlen.

Nur wenige fühlten sich "wirklich glücklich" und wußten ihren größeren Freiraum zu nutzen.

Die 200 noch auf dem Klinikgelände lebenden Personen hatten meist eine "panische" Angst vor "Draußen" und fühlten sich nur geschützt innerhalb der Spitalmauern: vor sich selbst und den vorwiegend als aggressiv und demütigend erlebten Konfrontationen draußen (SCHMID 1979, 46).

21 stationäre Patienten primär der kleineren Klinikeinheit fühlen sich eher wohl (entsprechend den Werten von Gesunden) in der allumsorgenden Betreuung; nicht jedoch die 3 Drehtürpatienten, die während einer Wiederaufnahme (in der Großklinik) auf baldige Entlassung drängten

Die Arbeit in Triest fand primär statt an den äußeren Veränderungen, die zur Loslösung von der Klinik führten, in der Hoffnung, daß sich damit auch eine größere psychische Unabhängigkeit mit einstellt (SCHMID 1979, 51). Häufig konnten jedoch keine individuellen Fortschritte verzeichnet werden. Die allgemeine Besserung (z.B. der der sozialen Beziehung) muß eher als eine durch die Öffnung der Klinik hervorgerufene Veränderung betrachtet werden (mehr Besuche, keine Beschränkung dieser mehr). - Andererseits brachte die vorwiegend äußere Rehabilitation auch eine Besserung auf der psychischen Seite: in der Bewältigung materieller oder Wohnungs-Probleme wurden die gesunden Anteile der Patienten angesprochen und bestätigt, entsprechend einer Ich-Stärkung. "Eine Anpassung" der Patienten wurde durch die "Intensivierung der Außenbeziehungen" durch "Wiedererfahrung des eigenen Körpers" und durch den "Umgang mit den außerhalb der psychiatrischen Klinik bestehenden Verhältnissen" ermöglicht. (SCHMID 1979, 95)

In der Arbeit der kleineren Klinikeinheit in Berlin waren ähnliche Elemente bedeutsam. Zur Perspektive mit Blick nach draußen, die Aktivierung und dem Zugewinn von Selbstvertrauen in die eigenen verlorengeglaubten Fähigkeiten auf Seiten der Patienten und den Entlassungsbemühungen sind für die Beurteilung, vorab die Veränderungen auf der Männerstation wichtig, die den dort verbliebenen Patienten das Leben erträglicher machen (ebenso wie die Wohngruppen in Triest auf dem Klinikgelände) bzw. rehabilitative Schritte einleiten können.

Zusammenfassend läßt sich mit der Autorin von der Triester Gruppe noch feststellen (SCHMID 1979, 94):

Ein signifikanter Anteil der psychiatrischen Langzeitpatienten gehörten zu gesellschaftlich benachteiligten Gruppen.
In der gesellschaftlichen Re-Integration zeigten die Frauen eine deutliche Benachteiligung gegenüber den Männern (Finanzen und Wohnmilieu 1976).
"40 % der untersuchten Personen, die 1971 seit durchschnittlich 17,5 Jahren in der Klinik gelebt hatten, leben 1976 ihrem Alter und sozialer Bedingung entsprechend vollständig integriert in der Stadt."
"37 % leben selbständig auf dem Spitalareal, sie wären fähig, draußen zu wohnen." (Jedoch vor dem "Draußen" bestehen erhebliche Ängste, zum anderen wohnt es sich recht angenehm auf dem Klinikgelände, im Vergleich zu weit aufwendigeren Lebensbedingungen außerhalb der Klinik.)1)

Die Möglichkeit, hospitalisierte Langzeitpatienten ambulant zu behandeln, "relativiert" - nach Ansichten der Autorin - "die Daseinsberechtigung der traditionellen psychiatrischen Kliniken". - Darüber hinaus betreuen die Außenzentren ja nicht nur die Langzeit-, sondern auch die Akutpatienten, so daß die auch bei den neuen Patienten häufig schnell sich entwickelnden Hospitalismussyndrome (Regressionsbereitschaft!) weitgehend verhindert werden können.

---

1) Aus der Untersuchung wird nicht klar, was mit den restlichen 23 % der 90 Patienten geschehen ist: Sind sie verstorben?

Obwohl diese beiden nachuntersuchten Gruppen:

- 80 Patienten der Berliner Kohorte über 10 Jahre (1969 - 1979), und die anderen
- 90 Patienten aus Triest über 5 Jahre (1971 - 1976)

radikal unterschiedliche psychiatrische Behandlungen in diesem Zeitraum erfuhren, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die Ergebnisse nicht die zunächst erwarteten Unterschiede zeigen. Es führen viele Wege nach Rom ... Dabei führte jedoch kein Weg mehr zurück für die noch lebenden Patienten, die ursprünglich aus dem Osten stammten, Verbindung aufzunehmen zur Familie und zum Ursprung des Patienten hätte - selbst wenn es zu keinen personalen Engpässen gekommen wäre - für mehr als ein Viertel der Patienten nicht stattfinden können. D.h. aber auch, daß von Anbeginn im Rahmen der Langzeitbeobachtung die Gruppe der Berliner im Vergleich zu den Triester Patienten hinsichtlich den Möglichkeiten der familialen Kontakte und anderer ehemaliger sozialer Beziehungen eher benachteiligt waren. So konnten zum Zeitpunkt der Spätkatamnese nur bei 10 Patienten (19 %) 3- bis 4-malige Kontakte im Monat registriert werden. Die Aufnahme von Verbindungen zum Ursprungsdorf und Intensivierung der Beziehung der Patienten zählten jedoch zu den wichtigsten Anfangsschritten der Triester Arbeit zur Loslösung aus der Klinik. Außerdem war ja auch in Triest feststellbar, daß - trotz geringer institutioneller Einengung - die Rehabilitationschancen durch Kontakte zum "Psychiatrie-Personal" nicht verbessert wurden, "wenn keine anderen Bezugspersonen vorhanden sind" (SCHMID 1979, 95).

Es scheint so - betrachtet man auch die große Anzahl der verstorbenen Patienten aus Berlin (35 %), d.h. mehr als ein Drittel! -, daß die Patienten der Berliner Kohorte insgesamt noch kränker, noch isolierter waren, deshalb auch stärker regredieren mußten. Von den 52 "Überlebenden" erstaunen 1979 jedoch 27 Patienten (54 %) - im Vergleich zu Triest mit 40 % - die in der Mehrzahl relativ gut integriert außerhalb der stationären Psychiatrie lebten (wenn auch nicht primär in autonomen Wohngruppen).

Im Vergleich zu den Triester Patienten machen die Patienten aus der Berliner Kohorte hinsichtlich der psychosozialen Rehabilitation - hier gemessen am Fähigkeitsniveau der Ich-Leistungen und dem sozialen Funk-

tionieren - auch keinen schlechteren Eindruck: In beiden Gruppen ist es - soweit bekannt - zu keiner Vollbeschäftigung auf dem freien Arbeitsmarkt gekommen; die Finanzen und die Wohnsituation sind in beiden Gruppen gleichermaßen prekär, wenn nicht sozialfürsorgerische Hilfe bzw. Unterstützung vom Sozialamt in Anspruch genommen wurde.

24 Patienten (46 %) befinden sich stationär (in Triest 37 % in autonomen Wohngruppen im Klinikgelände), davon könnten 11 Patienten (46 %) grundsätzlich außerhalb der klinisch stationären Versorgung leben und bedürften entsprechend dem Trend, den COSYNS et al. (1977, 501) besprechen, keine nach Art einer psychiatrischen Klinik strukturierten Behandlung. Beeinträchtigungen im affektiven und Beziehungsbereich, wie es LAMB und GOERZEL (1971, 493) betonen, stehen einer Entlassung nicht im Wege. Nur extremes Fehlverhalten, was zum Beispiel auch pflegerischer Bemühungen bedarf, und eine blühende Wahnsymptomatik verhindern nach COSYNS et al. (1977, 499) eine Entlassung in extramurale Einrichtungen bzw. nach Hause in die Familie oder in die eigene Mietwohnung (dies beantwortet die Frage 5 hinsichtlich mangelnder sozialer Anpassungsfähigkeit aus Kap. II.1.2.2 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit vom Fehlen bzw. Vorhandensein ...).

Daß grundsätzlich soziales Verhalten und autonome Ich-Leistungen bei langjährig Hospitalisierten wiedergeweckt, gefördert und gestützt werden können, zeigen - entsprechend der Tendenzen, die BELLACK et al. 1976, 397 für chronisch Schizophrene bespricht - die erfreulichen Entwicklungen auf den therapeutischen Reisen, der Zuwachs der danach Tätigeren und die gelungenen Entlassungen in die Übergangswohngemeinschaften (Antwort zu Frage 6 aus Kap. II.1.2.2). Hierbei zeigt die Gruppe der jüngeren SChizophrenen jedoch relativ geringen Erfolg (teilweise ängstliche und regredierte Patienten). Dem Anrecht auf Privatheit des Einzelnen kann insbesondere in Wohngruppen entsprochen werden (in Beantwortung der Frage 2 aus Kap. II.1.2.3 Chronischer Verlauf in Abhängigkeit: von der Struktur psychiatrischer Institutionen)

Es mag zwar sein, daß "la libertà è terapeutica" - Freiheit heilt.[1)]

1) Von Mitarbeitern als Graffiti an die Triester Anstaltsmauer gemalt

Sie kann aber, wenn kein entsprechendes sozial-kommunikatives Netz existiert oder schrittweise geknüpft wird, noch kränker, noch verlorener und noch ausgelieferter machen.

Die Schizophrenie wie einen Schnupfen ausheilen, wie BASAGLIA in der Anfang 70-er Aufbruchstimmung euphorisch meinte (nach Spiegel 47, 1978, 204): Das geht wohl doch nicht.

Für diese Kohorte läßt sich im Endergebnis subsummieren:

1. Als Folge ihrer individuellen Lebensgeschichten und ihres eigenen Schicksals ist die persönliche soziale Isolierung von chronisch-psychisch Kranken groß.

2. Pathologische Regressionsbereitschaften sind u.a. eine subjektive Antwort darauf, wobei Passivität und Abhängigkeit durch die Versorgungsfalle der Institutionsstrukturen noch verstärkt werden.

3. Um diesen sinnvoll entgegenzuwirken, müßte das soziale Netz "außerhalb" tragfähig sein. An diesem Punkt stellt es sich momentan aber in Berlin als defekt heraus.

4. Italiens Reform kann - wegen des mangelnden sozialen Hinterlandes - kein Modell für Berliner Verhältnisse sein, es stellt aber eine wichtige "Erfahrung" (JERVIS 1970, 17) für neue Wege in der Psychiatrie dar.

Daß aber - wie es die Italiener zeigen - Patienten grundsätzlich in der Gemeinde leben können, zeigt auch eine Serie von Untersuchungen in USA, wie sie OZARIN und SHARFSTEIN (1978) beschreiben. Ebenso wie in Italien bestanden aber die besten Voraussetzungen immer dann hinsichtlich des Verbleibs draußen für entsprechende Patienten, wenn eine entsprechende Koordination von differenziert verzweigten ambulanten und Nachsorgediensten und feste Bezugspersonen zur Unterstützung existierten. - Daß diese "festen" Bezugspersonen teilweise Laienhelfer sind, die auch nach einer Volontärzeit wieder gehen, ist nicht nur in Italien der Fall. BAKER et al. (1977, 487) berichten ähnliches von ihren Rehabilitationsprogrammen in England, die wesentliche Hilfsquellen von freiwilligen Helfern bezogen (auch materielle!). - In diesem Zusammenhang beanstandet KEUPP (1983, 165) jene Konzepte von Laienarbeit, die dort einspringen sollen, "wo das Netz schon gerissen ist, oder wo Defizite kaschiert werden sollen".

Hier geht es um die Ärmsten der Armen, diejenige Personengruppe nämlich, deren privates Netz nur noch Löcher aufweist. Wie diese Löcher geflickt werden können, trägt zum Thema "Mythos vom harten Kern" BENNETT (1983, 95) auf dem Hintergrund seines 5-jährigen Engagements in Maudsley Hospital London vor. Er entwirft u.a. ein Handlungskonzept bezüglich weiterer Planung, das die psychisch Erkrankten - entsprechend der Hilfen, die sie benötigen, wie folgt differenziert in:

1. Jene Patienten, die nach einer psychischen Krise wieder gut für sich und andere Verantwortung übernehmen und den sozialen Erwartungen ihres Umfeldes entsprechen können: sind nicht isoliert, heiraten, haben Freunde und finden so im gewachsenen sozialen Netzwerk entsprechende Unterstützung.

2. Diese Patienten können zwar für sich, aber nicht für andere verantwortlich sein. Sie arbeiten gut, sind aber sozial wenig fähig, da sie häufig in der Ursprungsfamilie verbleiben. Sie brauchen grundsätzlich mehr Aufmerksamkeit, auch Stützpunkte außerhalb der Familie, als die erste Gruppe. Chronifizierung wegen Krisenanfälligkeit möglich, wenn keine rehabilitative Hilfe vorhanden ist.

3. Schwerbehinderte Patienten, die für andere nicht und für sich nur außerordentlich begrenzt selbst verantwortlich sein können (z.B. tägliche Notwendigkeit wie Waschen), zu eigener Lebensführung unfähig, verletzlich, krisenanfällig, isoliert, da wenig Freunde, kaum Unterstützung gewähren. Meistens hospitalisiert, könnten diese dann auch draußen leben, wenn ein "engmaschiges Stützsystem" (BENNETT 1983, 96) existiert.

4. Die vierte Gruppe betrifft die Schwerstbehinderten, die stationär leben muß, weil sie tägliche und intensive Betreuung benötigen.1)

Dicht hinter dem problematisierten 'Mythos vom harten Kern' als "Alibifunktion für das Alleinlassen" des Menschen (TORESINI 1983, 33) folgt der "Mythos der Heilbarkeit" (DÖRNER 1983, 29). Auf die Euphorie der einseitigen Reformbemühungen (BORSBACH 1984, 70) folgt die Depression der unerwünschten Helfer, die jene nicht zu "Räson" (Maxime der Aufklärung!) bringen können, die statt geheilt oder selbständiger gemacht lieber weiterhin abhängig bleiben.

---

1) Die letzten beiden Gruppen entsprechend den 17 verbliebenen Patienten der kleineren Klinikeinheit.

Letztlich läuft es aber auf ein Mißverständnis hinaus, chronisch Kranke heilen zu wollen. Aber sie in ihren Schwierigkeiten zu begleiten und ihnen dabei ein großtmögliches Maß an Freiheit einzuräumen, auch jene fragliche Freiheit, weiterhin in Abhängigkeit von institutioneller Versorgung leben zu dürfen, steht dem zu befürchtenden Isolierschicksal einzelner zu früh - in-die-"Freiheit"-Entlassener entgegen. Andererseits profitieren ja gerade junge Erwachsene nicht davon, wenn sie durch eine stationäre Langzeitbetreuung lange in infantiler Abhängigkeit gehalten werden, wogegen sich auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen STUBBLEBINE und DECKER 1971 (S. 909) wenden. Auch in der Berliner Kohorte gab es 25 junge männliche Schizophrene.

Auch FINZEN (FAZ vom 22.11.84) geht der Frage nach, ob psychisch Kranke "zu früh aufgegeben" werden. Trotz zwei Jahrzehnten fortschrittlicher Entwicklung in der psychosozialen Versorgung seien - so meint er - weiterhin Lücken im System der psychiatrischen und sozialen Hilfen vorhanden. Dies gelte sowohl für den ambulanten als auch den chronischen Bereich.

Nach dem schon von MATTES et al. (1978, 180) betonten Motto "so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig" (Gesundheitssenator Fink im Tagesspiegel vom 18.01.1984) soll während der nächsten 5 Jahre die Versorgung psychisch Kranker in Berlin verbessert werden: Einsparung von 500 Klinikbetten, dafür Aufstockung der 130 (1982 noch etwa 110) Plätze in betreuten therapeutischen Wohngemeinschaften auf 500 Plätze.

Darüber hinaus soll ein 24-stündiger Notfalldienst für psychisch Kranke unter der Leitung der sozialpsychiatrischen Dienste eingerichtet werden (Annäherung an italienische Verhältnisse!). Damit wird ein erheblicher Rückgang bei den Krankenhauseinweisungen erwartet (Tagesspiegel vom 27.01.1984).

Im Bereich der stationären Behandlung sollen neue Therapiemöglichkeiten für die Langzeitpatienten verwirklicht werden: Humane Wohn- und Lebensbedingungen, auch innerklinisch! Modell dazu ist die kleinere Klinikeinheit.

Diese Bestrebungen besprechen WING und BROWN allerdings schon 1970 (S. 193): New forms of community agency must be developed in which the best aspects of the mental hospital tradition are preserved even if the buildings themselves are not."

Nachtrag

Die Langfristarbeit in der kleineren Klinikeinheit hat sich seit 1979 weiter entwickelt. Es wurden seit 1980 Bundesmittel (360.000 im Jahr für Personalmittel; einmalig 100.000 für Umbauten) zu einem Modellprogramm Psychiatrie: Humanisierung des Krankenhauses (Bundesministerium für Arbeit) zur Intensivierung der innerklinischen Betreuung zugesprochen.[1] (Um der Regression Einhalt zu gebieten!)

Der Personalschlüssel hat sich "quantitativ und qualitativ" entsprechend einer Forderung, die HUBER im Rahmen der Diskussion für Strukturreform 1972 (S. 483) stellt, verbessert: Neben dem Arzt sind 2 Psychologinnen (alle 3 in psychoanalytischer Weiterbildung), außerdem 2 Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und 3 Beschäftigungstherapeuten (erst seit Anfang 1983) tätig.

Die beiden ehemals getrennten Männer- und Frauenstationen sind seit 1980 Gemischtstationen. Sie wurden zu einer Re-Integrations-Station und einer Wohnstation umgewandelt. Inzwischen sind beide in der Ausstattung menschenwürdiger geworden, so auch das Leben dort. Die Re-Integrations-Station fördert weiterhin die Perspektive nach draußen mit einer aktiven Teilnahme an Konfliktlösung und an der Lebensplanung. Die therapeutische Haltung auf der Wohnstation entspricht einem Abwarten und Anbieten kleinster Entwicklungsschritte zum Aufbau und Behauptung einer eigenen "Bedürfnis- und Wunschwelt" dieser geistig und seelisch schwerbehinderten Patienten. Auf beiden Stationen liegt der Schwerpunkt neben der Gruppenarbeit auf der Einzelbetreuung der Patienten, - im Sinne einer besonders intensiven menschlichen Zuwendung.

Im Verlauf scheinen sich die sozialen Kontakte zu den Angehörigen (aller Patienten, also nicht nur der Kohorten-Patienten) deutlich gebessert zu haben. Es wurde aber durch die intensive Betreuung auch

---

1) Ich beziehe mich auf Kreuzberg, K.: Jahresbericht 1982 (das Modellprogramm Psychiatrie in ... der kleineren Klinikeinheit) S. 1 - 22 (unveröffentl. Skript) mit freundlichem Dank für die Überlassung.

deutlich, wie gering der Spannungsbogen der Patienten ist, wie wenig belastbar sie sind, und wie ein schnelles Handeln (z.B. bezüglich der "Verpflanzung" der Patienten nach draußen) nicht angebracht, ja sogar hinsichtlich der Patienten schädlich erschien. Dies betraf insbesondere die restlichen Patienten der Kohorte, bei denen sich auch aufgrund ihrer feststellbaren Regressionsbereitschaft, wenn überhaupt nur "Mikro"-Schritte abzeichnen: So sind inzwischen 3 weitere Patienten verstorben (2 Altersschizophrene mit verbliebener Wahnsymptomatik und ein jüngerer Schizophrener bettlägerig infolge einer Lähmung nach Fenstersturz). 2 Patienten befinden sich auf der Re-Integrations-Station, 9 Patienten der Kohorte auf der Wohnstation. Ein weiterer Patient konnte in die Übergangswohngemeinschaft auf dem weiteren Klinikgelände entlassen werden, wobei ein ehemaliger Kohortenpatient der Übergangswohngemeinschaft inzwischen nach Westdeutschland auf einen Bauernhof verbessert entlassen werden konnte. Ein anderer Patient mußte wieder aufgenommen werden (Wohnstation). - Es konnte außerdem 1982 eine Wohngemeinschaft geringeren Betreuungsgrades im Herzen Berlins eröffnet werden (nach dem Tagesspiegel, Notiz vom 20.10.1982, mit Senatsunterstützung und mit Hilfe der Spendengelder des privateingetragenen Vereins "Die Brücke"). 5 Patienten, die durchschnittlich 10 Jahre Verweildauer aufweisen, konnten aus der kleineren Klinikeinheit entlassen werden (jedoch kein Patient der Kohorte).

Insgesamt haben sich die Verlegungen in die Wohngemeinschaften prognostisch als sehr positiv ausgewirkt. Bei aller Autonomie der Wohngemeinschaften im Betreuungsrahmen dient jedoch gerade die Tatsache, daß die beiden Stationen in einer eventuellen Krise weiterhin bereitstehen - nach eigener Einschätzung der Patienten - als Beruhigung sich so behütet (im öffentlich) sozialen Netz aufgefangen zu wissen. - Das therapeutische Klima in der Langfristarbeit ist außerdem dadurch gekennzeichnet, daß der Patient sich für den nächsten Rehabilitationsschritt selbst entscheiden darf, ohne hierbei durch einen "Erfolgsdruck" der Betreuer beeinflußt zu werden. Infolge nachteiliger Erfahrungen sind so zu hohe Erwartungen und der "Heilungsanspruch" (DÖRNER 1983, 29) an diese "Problemgruppe", wie sie von BEWLEY et al. (1975, 677) in eigener Beobachtung von Patienten in London beschrieben werden, im Verlauf abgebaut oder relativiert worden. - Nur die perso-

nell begleitende Therapie in einer materiell abgesicherten Langfristarbeit scheint die Hilfestellung zu sein, "um eine ambulante Lebenssituation für den Patienten schrittweise zu konkretisieren". (KREUZBERG 1983, 21)

Schlußwort

Die chronisch-psychisch Kranken bilden zu 80 - 90 % die Population psychiatrischer Einrichtungen. Diese Tatsache darf nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Schwere gewisser Krankheitsbilder betrachtet werden, sondern muß auch als Ausdruck pathogener sozialer Umfeldbedingungen verstanden werden, denen der in der Folge chronisch-psychiatrische Patient häufig lange vor, während und nach seiner psychiatrischen Behandlung ausgesetzt ist.

Was die Patienten an eigenen Erkrankungsneigungen und Regressionsbereitschaften mitbringen, wird häufig noch verstärkt durch die allumsorgende traditionelle Form der klinischen Betreuung. Diesen Regressionsneigungen verstehend entgegenzutreten, bedarf es aber eines entsprechenden sozialen Netzes außerhalb der Klinik, das tragfähig den noch entlassungsfähigen und entlassungswilligen Patienten stützt und ihn bei den Bemühungen, eine mögliche Selbstverantwortung zu übernehmen, "Schritt für Schritt" begleitet und nicht im Stich läßt. Das hieße, sich nicht der Verantwortung gegenüber den chronisch psychischen Kranken zu entziehen, wie es KUNZE (1977, 87) insbesondere für die USA beschreibt.

Die praktizierte institutionelle Psychiatrie, deren chronisch psychisch Kranke teilhaftig werden, ist nur auf den geschichtlichen, soziokulturellen und ökonomischen Entwicklungen zu beurteilen, die sie geprägt haben. Dies fördert das Verständnis für ihr gesamtes Problemfeld.

In diesem Zusammenhang bot sich der Verf. die Gelegenheit, im Rahmen dieser Arbeit nicht nur Teilaspekte von Krankheitsverläufen zu untersuchen, sondern anhand der Analyse der mitbedingenden Schicksalsfaktoren ein weites Spektrum wesentlicher Aspekte einzubeziehen und die chronisch psychiatrische Entwicklung der Patienten unter den Gesichtspunkten ihrer individuellen Geschichte, ihrer Regressionsneigungen, der Entwurzelungsproblematik und der Tragfähigkeit des sozialen Netzes zu beurteilen.

Daß gerade die individuell-menschliche Seite von chronisch Kranken der Psychiatrie, deren persönliches Schicksal in der Vergangenheit wenig Beachtung gefunden hat, einen wesentlichen Schlüssel zur Beurteilung und Therapie darstellt, hat BENEDETTI (Februar 1982) im persönlichen Gespräch besonders betont. Das lebensgeschichtliche Verständnis und der Versuch einer dynamischen Betrachtungsweise der Probleme dieser Menschengruppe sollte diesem Mangel abhelfen und außerdem Brücken schlagen zwischen Psychiatrie, klinischer Psychologie und Psychoanalyse. Nur dann besteht die Möglichkeit, eine humane Behandlung zu gewährleisten und Chancen zur Rückgewinnung von Selbständigkeit zu nutzen.

Anhang

Schicksalshafte historische Entwicklungen

Welche historischen Umstände und Ereignisse die spezielle Geschichte dieser Kohorte und darin die Schicksale der Einzelnen mitgeprägt haben, soll nun im folgenden dargestellt werden. Es soll hier primär die Gewichtung des unten zitierten Autors (HUBATSCH, 1961) referiert werden, da es das damalige Erleben der dramatischen Ereignisse besonders anschaulich widerspiegelt, dabei jedoch auch einen eindeutig politischen Standpunkt vertretend. Dieser Standpunkt ist allerdings in den wesentlichen Punkten nicht identisch mit den Ansichten der Verfasserin.

Hier kann natürlich nur von einer Sichtweise ausgegangen werden, die die kumulativen "auslösenden" Faktoren betrachtet, denn nicht allein diese 80 Patienten waren historischen Entwicklungen und Entbehrungen der vergangenen 6 Dekaden ausgesetzt, sondern Millionen von anderen Menschen, die nicht daran scheiterten.

Insgesamt 21, also gut ein Viertel der Patienten, waren zwischen 61 und mehr als 71 Jahre zum Zeitpunkt der Verlegung 1969 (siehe Kapitel II.3.2.2). Rechnet man nun von da an die Jahre zurück, so heißt es für diese Patienten - sei es in ihrer Kindheit, sei es in ihrer Jugend - daß der Erste Weltkrieg, die Wirren der Nachkriegsjahre, die Weltwirtschaftskrise, die Hitler'sche Machtergreifung, der Zweite Weltkrieg, Flucht, Ausweisung usw. mittelbar oder unmittelbar wirksam wurden.

45 Patienten (46 %) waren 1969 zwischen 31 und 60 Jahren. All diese Patienten waren dem Dritten Reich und den Geschehnissen während und nach dem Zweiten Weltkrieg ausgesetzt.

Nur die geringere Anzahl der Patienten, nämlich 14 (18 %) war 1969 zwischen 15 bis 30 Jahre alt, d.h. auch nur einige von diesen hatten als Kleinkinder die Ereignisse des Zweiten Weltkrieges und die Nachkriegsmisere noch abbekommen. Obwohl also nicht alle unmittelbar betroffen waren, bleibt dennoch für diese Gruppe von 14 immer noch die Tatsache bestehen, daß ihre Eltern diesen historischen Ereignissen ausgesetzt waren, was diese auch in der Beziehung zu ihren Kindern wesentlich mitgeprägt haben mag. Wenn man (psychodynamisch) bedenkt,

wie depressiv strukturierte Mütter, die zum Beispiel Verlust an nahestehenden Menschen und Besitz schlecht verarbeiten und daran "kranken", ihre (Klein-)Kinder mit ihren Bedürfnissen u.a. als räuberisch und aussaugerisch erleben können, so scheint zumindest die tabellarische Auflistung der historischen Einbrüche in der deutschen Geschichte seit dem Ersten Weltkrieg bis hin zum Zeitpunkt der Verlegungsaktion von 1969 als gerechtfertigt, ja gar notwendig, um die Einzelschicksale dieser Berliner Patienten (darunter diejenigen, die ehemals aus den Ostgebieten stammen) auch unter dem vorherrschenden Blickwinkel des damals von vielen so wahrgenommenen historischen Zusammenhanges zu verstehen. Ich beziehe mich deshalb zu großen Teilen bei meinen Ausführungen auf den Ploetz-Band "Die deutsche Frage" (HUBATSCH 1961).

1918 - Nach dem Ersten Weltkrieg verliert das Deutsche Reich im Frieden von Versailles 70.579 qkm mit 7,3 Mio. Einwohner.

- Kämpfe an seinen Grenzen und im Innern u.a. gegen Inflation und Arbeitslosigkeit führen zu einem gefährlichen Anwachsen radikaler Strömungen im ganzen Reich.

- Ende der 20-er Jahre erfährt die Arbeitslosigkeit durch die Weltwirtschaftskrise eine Zuspitzung.

1939 - Nach dem Scheitern von verfassungsrechtlichen Regierungen, Machtergreifung der NSDAP unter Adolf Hitler, dessen radikale menschenmordende Innen- und Außenpolitik, zuletzt durch die Besetzung von Böhmen und Mähren sowie die ultimativ angestrebte Lösung der Danzig- und Korridorfrage, sich zum Zweiten Weltkrieg auswächst.

Sept. 1933 - Nach dem Angriff auf Polen wird die Ausweitung der Angriffe auf den ehemaligen

Juni 1941 - Bündnispartner der UdSSR für die Alliierten

Aug. 1941 - Anlaß, dem Kriege beizutreten.

Frühjahr 1945 - Noch während der Kampfhandlungen bemühen sich die Sowjetunion und Polen, die kommenden Entscheidungen der Friedenskonferenz vorwegzunehmen.

28. Febr. 1945 - werden drastische Maßnahmen gegen die in Polen zurückgebliebenen Deutschen eingeleitet. Sie werden interniert, ihr Vermögen wird beschlagnahmt, es erfolgen Massenverschleppungen. Das von den geflüchteten Deutschen zurückgelassene bewegliche und unbewegliche Vermögen wird beschlagnahmt.

Mai 1945 - Deutsche Kapitulation

Juni 1945 - Errichtung der 4 Besatzungszonen innerhalb der deutschen Grenzen vom 31. Dezember 1937.

Die sowjetische Besatzungszone (als die für den Hintergrund der Patienten wichtige) betraf: Restpommern mit Mecklenburg; Halle - Merseburg und Magedburg mit Anhalt sowie Teilen von Braunschweig zum Land Sachsen Anhalt zusammengeschlossen; Sachsen einschließlich des westlich der Neiße gelegenen Teils von Niederschlesien; sowie Thüringen und Brandenburg, die bestehen bleiben.

Sofort nach der Kapitulation Deutschland setzen wilde Ausweisungen durch die polnische Miliz ein. "Hunderttausende, eine niemals genau festgestellte Zahl, wurden in den nächsten Monaten bei der Austreibung die Opfer von Hunger, Krankheit und Kälte." (SETHE 1952, 286) Besonders betroffen werden die Gebiete direkt östlich der Oder und Neiße-Linie, die eine willkürliche Festsetzung einer administrativen Demarkationslinie durch die alliierten Mächte des Zweiten Weltkrieges ist.

"Diese Grenzlinie, die heute das polnisch-russisch besetzte Ostdeutschland von der mitteldeutschen Sowjetzone trennt, hat vor 1945 niemals existiert, weil dafür weder ethnographische noch kulturelle oder verwaltungsmäßige Voraussetzungen vorlagen. Die deutschen Gebiete ostwärts dieser unnatürlichen Linie sind - nach dem Gebietsstand von 1937 - seit 700 Jahren und länger von deutscher Bevölkerung bewohnt worden ..." (HUBATSCH 1961, 164).

Es finden verschiedene Ausweisungswellen statt. Die dritte und größte beginnt

Februar 1946 und dauert ein ganzes Jahr. Über 2 Mio. Deutsche werden von ihr erfaßt. Erst der strenge und harte Winter 1946/47 läßt die Zahl der Ausweisungen stark zurückgehen.

Trotz eines entesprechenden Abkommens vollziehen sich diese Ausweisungen weder, wie festgelegt war,

"human noch ordentlich, sondern erfolgen unter ständigen Drangsalierungen und Plünderungen. In den Güterzügen mit je 55 Wagen werden jeweils 1.500 bis 2.000 Deutsche mit ihrer letzten Habe abtransportiert. Die Betreuung auf den oft tagelangen Fahrten ist ungenügend." (HUBATSCH 1961, 169)

Und wie sieht die historische Entwicklung von Berlin aus, das nun im Machtbereich der Sowjets liegt und nur 75 km von der polnischen Grenze? Welche schicksalshaften Schläge hat das Leben in dieser Stadt mitbestimmt? Berlin, das als "Frontstadt im Kalten Krieg", als "Vorposten der Freiheit", "Schaufenster des Westens" und unverhohlener als "Pfahl im Fleisch der DDR" (KRÜGER 1983, 49) genannt wird. So wurde

1858 Berlin noch mit 58.000 Einwohnern registriert.

1871 wird Berlin gegen den Willen der halben Nation zur Reichshauptstadt

1920 auch durch seine große Zentralfunktion und die vielen Eingemeindungen mit phantastischer Schnelligkeit steigt es in die Gruppe der Weltstädte auf und nimmt auch eine besondere Stellung unter den Städten Europas ein. - In den 14 Jahren der Weimarer Republik zwischen Monarchie und Nationalsozialismus wird Berlin zum unbestrittenen Zentrum aller politischen, kulturellen und wirtschaftlichen Aktivitäten. Berlin wirkt wie ein "Riesenmagnet, der Menschenströme und Eliten aus halb Europa anzog" (KRÜGER 1983, 49).

1939 Inzwischen war die Einwohnerzahl auf 4.320.000 auf einer Fläche von 8.849 km gestiegen.

Der Zweite Weltkrieg schlägt mit den alliierten Bombenangriffen schwere Wunden der Stadt.

Sept. 1946 zählt die Wohnbevölkerung 25 % weniger als im Jahre 1939.

1949 "Das Todesurteil" über die alte Reichshauptstadt wurde mit Gründung der Westrepublik auf Geheiß der West-Alliierten mit der künstlichen Spaltung der Stadt in West- und Ostteil und der Aufteilung der Besatzungszonen in zwei deutsche Staaten gefällt. Berlin wurde zum Überbleibsel einer mißglückten Politik. Das zeigt sich in politischer, wirtschaftlicher, weniger in kultureller Hinsicht.

1948 Erste Berlin-Krise mit der Sowjetblockade.

Juni 1948 Als Reaktion Währungsreform der drei Westmächte unter Ausschluß der sowjetischen Besatzungsmacht, die ihrerseits eine Währungsreform ausruft und die Annahme und den Besitz der D-Mark der Westzone in ihrem Bereich untersagt. Das erschwert für viele

Bürger und Arbeitnehmer in den beiden Stadtsektoren das wirtschaftliche Verhältnis.

Ende Juni 1948 sieht sich die amerikanische Militärregierung durch die Sperrung der Landwege gezwungen, wichtige Güter auf dem Luftwege zu befördern. Daraufhin landet alle 8 Minuten ein Versorgungsflugzeug der Staffel von 400, die die westlichen Alliierten eingesetzt haben.

Die Luftbrücke wird durch den einbrechenden Winter nicht wesentlich beeinträchtigt, obwohl mit insgesamt 2.110 235 Tonnen an Bedarfsgütern auf 277.728 Flügen teilweise mit Flugbooten eingeflogen worden waren, kam es doch in manchen Bevölkerungsgruppierungen zu Versorgungslücken und vor allen Dingen auch zu Versorgungsängsten.

Mai 1949 Aufhebung der Blockade West-Berlins, da die Sowjets einsahen, daß West-Berlin dadurch nicht niedergezwungen werden kann.

Mai 1952 Abriegelung der sowjetischen Zonengrenze treibt den Flüchtlingsstrom nach West-Berlin. Durch das Notaufnahmelage Marienfelde (Berlin-West) zieht ein Flüchtlingsstrom, und zwar (70 %) aller Zonenflüchtlinge in den kommenden Jahren.

März 1953 erster Höhepunkt des Flüchtlingsstromes. 58.000 Menschen tauschen in diesem Monat ihre mitteldeutsche Heimat für eine ungewisse Zukunft ein.

"Die Abstimmung mit den Füßen", wie die Fluchtbewegung bald genannt wurde, führte zu einem für die DDR unerträglichen Aderlaß" (KRÜGER 1983, 49).

Ende 1958 beginnt der russische Ministerpräsident Chruschtschow eine große diplomatische Offensive

gegen die Stadt Berlin, deren politische, wirtschaftliche und kulturelle Zusammenhänge mit dem Westen er abwürgen will.

Dezember 1958 — Memorandum zur Berlin-Frage, in der die amerikanische Regierung erklärt, daß die von der UdSSR als aufgekündigt bezeichneten Abkommen weiterhin in Kraft und wirksam seien.

Januar 1959 — begrüßt die Sowjetzonenregierung den sowjetischen Vorstoß in der Berlin-Frage. "Der rechtswidrig von der Hauptstadt der Deutschen Demokratischen Republik losgelöste Stadtteil West-Berlin" sei ein gefährlicher Krisenherd in Europa.

Aug./Sept. 1960 — Erneute offensive Maßnahmen der Sowjetzonenregierung zur weiteren Durchlöcherung der Vier-Mächte-Abkommen durch Einschränkung der Freizügigkeit im Berlin-Verkehr. Trotz Protest der drei westlichen Botschafter wird allen Bürgern der BRD das ungehinderte Betreten Ost-Berlins untersagt. Passierscheine werden notwendig, mit denen das Betreten Ost-Berlins an besonderen Übergängen für 24 Stunden erlaubt wird.

Ende Juli 1961 — Zuspitzung der zweiten Berlin-Krise durch ein verstärktes "Kesseltreiben" gegen die "Grenzgänger". Dies sind Arbeiter, die im Ostsektor oder in den Randgebieten Berlins wohnen, aber in West-Berlin arbeiten. Ihre Gesamtzahl wird mit 53.000 angegeben.

Durch Schauprozesse wegen Menschenhandel und Abwerbung, in denen Angeklagte mit Zuchthaus bis zu 15 Jahren bestraft werden, wird eine verstärkte Fluchtbewegung ausgelöst.

Ab 2. Aug. 1961 werden "Grenzgängern" und Fluchtverdächtigen vermehrt Personalausweise abgenommen und durch Behelfsausweise ersetzt, die nicht zur Einreise nach Berlin berechtigen.

3. Aug. 1961 Protest der westlichen Stadtkommandanten gegen die Behinderung der Grenzgänger.

4. Aug. 1961 Grenzgänger müssen sich in Ost-Berlin registrieren lassen.

Alle diese neuen Maßnahmen und die sich steigernden Propagandawelle führen zu einer Torschlußpanik und damit einem weiteren Anschwellen der Fluchtbewegung. Der Anteil der "Grenzgänger" an der Gesamtzahl der Flüchtenden steigt auf 15 bis 20 %.

11. Aug. 1961 werden vor der Sowjetzonenvolkskammer Schutzmaßnahmen gegen "Menschenhändler, Abwerber und Saboteure" angekündigt, die "für die Bürger gewisse Unbequemlichkeiten" mit sich bringen werden.

12. Aug. 1961 werden als direkte Folge dieser Ankündigung 2.400 Flüchtlinge registriert.

13. Aug. 1961 Bei "Nacht und Nebel" (morgens um 2.00 Uhr) sperren Einheiten der Volkspolizei, der Nationalen Volksarmee und der Kampfgruppen die Sektorengrenze zwischen West- und Ost-Berlin. Die Sektorengrenze wird damit zur Staatsgrenze. Ost-Berlin gleicht einer Stadt im Belagerungszustand.

Die Sektorengrenze wird im Laufe der nächsten Tage durch Gräben, Stacheldrahtsperren und bis zur vier Meter hohen Mauern gegen "Durchbrüche" gesichert.

19. Sept. 1961 Eintreffen des General Clay "als persönlicher Vertreter des Präsidenten Kennedy" in Berlin. Am gleichen Tag beginnen Ost-Berliner Stellen mit der Zwangsräumung von direkt an der Sektorengrenze liegenden Häusern. Zu Teilen wird ein 100 Meter breiter Todesstreifen angelegt.

"Die politischen Krisen in Berlin waren mit dem Mauerbau beendet. Es begannen die Krisen West-Berlins" (KRÜGER 1983, 49).

Es würde sicherlich den Rahmen dieser Arbeit sprengen, diese im einzelnen aufzuführen, wobei ohnehin unklar bleibt, inwiefern diese internen West-Berliner Krisen die Einzelschicksale der vorliegenden Kohorte betroffen haben.

Unbesehen der Art und der Schwere der Erkrankungen können durch diese historischen Ereignisse neben den eigenen lebensgeschichtlichen Daten schicksalshafte Faktoren gesetzt worden sein, die zumindest zu einer Entwurzelung, und damit zu einer existenziellen Verunsicherung der aus dem Osten stammenden Patienten führte; die aus Berlin stammenden Patienten können so durch die verschiedenen Berlin-Krisen vor ihrer Erkrankung in ungewöhnlichem Ausmaß geängstigt worden sein, welche auf prämorbide Persönlichkeitsfaktoren treffend Anstöße auch zu einer Krankheitsdekompensation gegeben haben mögen.

Literatur

ABELIN, Th.: Intaktheit der Familie zukünftiger Schizophrener: erste Resultate einer epidemiologischen Fall-Kontrollgruppenuntersuchung. In: BATTEGAY, R., RAUCHFLEISCH, U. und BLÄTTLER, R. (Hgb.) Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. Bern, 1975, 105 - 114

ABHOLZ, H. H. (Hgb.): Krankheit und soziale Lage. Frankfurt, 1976

ACUFF, S. H.: Camping transition between hospital and home for the adult mentally ill. In: Journal of rehabilitation 1961, 32, 24 - 25

ACKERKNECHT, E. H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart, 1967

APPLEBY, L.: Evaluation of treatment methods for chronic schizophrenia. In: Arch. Gen. Psychiatr. 8, 1963, 24 - 37

ATTESLANDER, P.: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin, 1975 (4. Aufl.)

BACH, H.: Zur Psychotherapie der Psychosen. In: Hippokrates 9, 1968, 344 - 349

BACH, H.: Ein tiefenpsychologisches Konsiliarprogramm. In: Ärztliche Praxis, XXV. Jhrg., 74, 1973, 3217 - 3223

BACH, H.: Die Entwickling unseres Verständnisses und unsere Einsichten über den psychisch Kranken in den letzten Jahrzehnten, vornehmlich aus klinischer Sicht. In: Psychotherapie und Medizinische Psychologie 28 (1978) 113 - 120

BACH, H.: Psychoanalyse und Psychiatrie. In: Psychotherapie Mediz. Psychologie, 30. Jhrg., Heft 1, 1980, 6 - 9

BACH, H. und HEINE, M.: Pseudonormalität und Normalpathologie. In: Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse (Hgb.): BACH, H., Göttingen, 1981

BÄUMER, A.: Zwischenbericht über zwei Jahre Arbeit im psychiatrischen Krankenheim. Heilpädagogisches Zentrum. Broschüre, Berlin, 1977

BAEYER, W. v., HÄFNER, H. und KISKER, K. P.: Psychiatrie der Verfolgten. Berlin, 1964

BAEYER, W. v.: Die Verantwortung der Gesellschaft für ihre psychiatrisch Kranken. In: Soz. Psychiatr. 1, 1966 (1)

BAEYER, W. v.: Situation, Jetztsein, Psychose. In: BAEYER, W. v. und GRIFFITH, R. M. (Hgb.): Conditio humana, Berlin, 1966 (2)

BAHNSON, B. C.: Psychiatrisch-psychologische Aspekte bei Krebspatienten. In: Verhandlungen der Deutsch. Gesellsch. f. inn. Medizin, 73. Kongreß, 1967, München, 1967, 536 - 550

BAHNSON, B. C.: Psychische Dimension des Krebses. In: Th. v. UEXKÜLL (Hgb.): Lehrbuch d. Psychosom., München, 1979

BAKER, G. H. B., WOODS, T. J. und ANDERSON, J. A.: Rehabilitation of the Institutionalized Patient: Description of a Program and Follow-up of 60 Patients. In: Brit. J. Psychiat. (1977), 130, 484 - 8

BARR, R. und PARKER, G.: The effects of discharge on longstay psychiatric hospital patients. In: Australien and New Zealand Journal of Psychiatry (1975) 9: 47 - 49

BARTON, R.: Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. In: FINZEN, A. (Hgb.), München, 1974, 11 - 79

BASAGLIA, F.: Die Institutionen der Gewalt. In: Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. F. BASAGLIA (Hgb.), Frankfurt, 1973, 122 - 161

BASAGLIA, F.: Die negierte Institution. Frankfurt, 1974

BATESON, G., JACKSON, D., HALEY, J. und WEAKLAND, J.: Toward a theory of schizophrenia. In: Behav. Sci. 1, 1956, 251 - 264

BATESON, G. und JACKSON, D. D. (Hgb.): Schizophrenie und Familie. Frankfurt, 1969

BATTEGAY, R., RAUCHFLEISCH, U. und BLÄTTLER, R.: Sozialpsychiatrische Datenerhebung am Beispiel einer Untersuchung mittels eines standardisierten sozialpsychiatrischen Erhebungsbogens. In: BATTEGAY, R., PFISTER-AMENDE, M., BURNER, M., LABHARDT, F. und LUBAN-PLOZZA, B. (Hgb.): Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. Bern, 1975, 64 - 83

BAUER, M.: Sektorisierte Psychiatrie im Rahmen einer Universitätsklinik. Stuttgart, 1977

BAUMANN, K.: Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von Psychopathologie-Skalen. In: Arch. Psychiatr. Nervenkrankh. 219, 1974, 89 - 103

BELLACK, A. S., HERSEN, M. und TURNER, S. M.: Generalizations effects of social skills training. In: Chronic Schizophrenics: An experimental analysis. In: Behav. Res. and Therapy, Great Britain Pp, 1976, 391 - 398

BENEDETTI, G., KIND, H. und MIELKE, F.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1951 - 1955. In: BENEDETTI, G., BLEULER, M., KIND, H. und MILEKE, F. (Hgb.): Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941. Basel, 1960

BENEDETTI, G., KIND, H., JOHANSSON, A. S. und WENGER, V.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1956 - 1965. Darmstadt, 1969

BENNETT, D.: Die Gemeinde kann die Funktion des Landeskrankenhauses übernehmen (1982). In: Sozialpsychiatrische Information, Heft 1/83. "Der Mythos vom harten Kern." Referate und Tagungsberichte

BERNER, P.: Psychologie des Wahns. In: PETERS, U. H. (Hgb.), Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. X, Ergebnisse für die Medizin (2), Zürich, 1980, 527 - 548

BERNDT, H.: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen. In: Soziale Welt, Zeitschrift für sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis 1968, I, 22 - 46

BERNDT, H.: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen: Familiendynamische Aspekte der Schizophrenieforschung. In: MITSCHERLICH, A., BROCHER, F., v. MERING, O. und HORN, K. (Hgb.) Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Probleme der Epidemiologie, Köln/Berlin, 1967, 454 - 482

BEWLEY, T., BLAND, J. M., ILO, M., WALCH, E. und WILLINGTON, G.: Census of mental hospital patients and life expectancy of those unlike to be discharged. In: British Medical Jouranl 20 Dec. 1975, 671 - 677

BISTER, W.: Der Verlust und seine psychopathologische Verarbeitung. In: PETERS, U. H. (Hgb.) Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. X, Ergebnisse für die Medizin (2), Zürich 1980, 307 - 314

BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig 1911

BLEULER, E.: Probleme der Psychosomatik. In: Schweiz. Med. Wschr. 90, 1960, 170 - 188

BLEULER, M.: Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941 - 1950. In: BENEDETTI, G., BLEULER, M., KIND, H. und MIELKE, F.: Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941, Basel, 1960

BLEULER, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart, 1972

BLEULER, M.: Chronizität oder Chronifikation bei unseren Schizophrenen. In: Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psychiatrie Bd. 126, 1980, Heft 2, 245 - 253

BLEULER, M., HUBER, G., GROSS, G. und SCHÜTTLER, R.: Der langfristige Verlauf schizophrener Psychosen. In: Nervenarzt 47, 1976, 447 - 481

BLUMER, H.: Methodologische Prinzipien empirischer Wissenschaften (1969). In: GERDES, P. (Hgb.): Explorative Sozialforschung, Stuttgart, 1979, 41 - 62

BÖKER, W. und SCHWARZ, R.: Über Entstehung und Verlauf akuter paranoider Reaktionen im Zusammenhang mit Kulturwandel und Migration. In: Nervenarzt 48, 1977, 19 - 24

BOLK-WEISCHEDEL, D.: Bewahrung oder Langfristtherapie. Vortrag auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde vom 29. - 30. Sept. 1978 in Konstanz

BOLK-WEISCHEDEL, D.: Die therapeutische Reise. In: Nervenarzt 51, 1980, 749 - 753

BOLK-WEISCHEDEL, D.: Die Wohngemeinschaft des Havelhöher Hilfsverein "Die Brücke" für langfristig hospitalisierte Kranke. Unveröffentl. Script., Berlin, 1979

BORSBACH, W.: Der Mythos der Heilbarkeit, in: Wochenzeitschrift "Die Zeit" Nr. 12 (1984), S. 70

BOUQUEREL, J.: Les proplèmes architectaux de l'hôpital psychiatrique. Paris, 1956

BRADL, Ch.: Der Mythos vom harten Kern. In: Soz. Psych. Inf. 73/74 (1) 1983, S. 7 - 25

BRISCOE, C. W., SMITH, J. B., ROBINS, E., MARTENS, S. und GACKIN, F.: Divorce and psychiatric disease. In: Arch. Gen. Psychiatr. 29, 1973, 119 - 125

Bundesanstalt für Arbeit (Hgb.): Quintessenzen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Heft 5, Nürnberg, 1976, 34

CARUSO, I. A.: Die Trennung der Liebenden. Bern, 1968

CIOMPI, L.: Allgemeine Psychopathologie des Alters. In: Psychiatrie der Gegenwrt II 2, Berlin, 1972, 1001

CIOMPI, L.: Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. In: Nervenarzt 52, 1981, 506 - 515

CIOMPI, L.: Was unterscheidet unseren Umgang mit Akut-Kranken und mit Langzeitpatienten? In: DÖRNER, K. (Hgb.) "Die Unheilbaren", Rehburg-Loccúm 1983, S. 134 - 146

CIOMPI, L. und MUELLER, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium. Berlin, 1976

CIOMPI, L., AGUE, C. und DAUWALDER, J. P.: Ein Forschungsprogramm über die Rehabilitation psychisch Kranker (Teil I): Konzepte und methodische Probleme. In: Nervenarzt 48, 1977, 12 - 18

CIOMPI, L., AGUE, C. und DAUWALDER, J. P.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker (Teil II): Querschnittsuntersuchung chronischer Spitalpatienten in einem modernen psychiatrischen Sektor. In: Nervenarzt 49, 1978, 332 - 338

CIOMPI, L., DAUWALDER, J. P. und AGUE, C.: Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker (Teil III): Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. In: Nervenarzt 50, 1979, 366 - 378

CLAESSENS, D.: Familie und Wertsystem. Berlin, 1962

CONGER, J., GASKILL, J. und HERBERT, S.: Accident proneness. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry; edited by FREEDMAN, A.M. and KAPLAN, H.I., Baltimore, 1967, 1107 - 1110

Collegium internationale Psychiatriae Scalarum (Hgb.) CIPS: Zusammenstellung internationaler Skalen zur Psychiatrie. 1979

CONNOLLY, J.: The construction änd government of lunatic asylums. London 1968 (first published 1847)

COOPER, B. und MORGAN, H. G.: Epidemiologische Psychiatrie. München, 1977 (Reihe Fortschritt der Sozialpsychiatrie 3)

COOPER, B.: Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen. In: Nervenarzt 51, 1980, 321 - 331

COOPER, B. und KUNZE, H.: Sozialpsychiatrie. In: PETERS, U.H. (Hgb.): Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd. 10, Ergebnisse für die Medizin (2). Zürich, 1980, 224 - 255

COSYNS, P., DEMARSIN, M. und PIERLOOT, R.: Rehabilitation des patients psychiatriques chroniques. In: Acta psychiatr. belg. (77), 1977, 487 - 502

CREMERIUS, J.: Spätschicksale unbehandelter Neurosen. In: PETERS, U.H. (Hgb.) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. X, Ergebnisse für die Medizin, Zürich, 1980, 828 - 837

DAVIA, R.: L'esperienza di un appartamento contro l'istitutione totale e per l'inserimenro sociale. In: SCHMIDT, B., unveröffentl. Dissert., Zürich, 1979

DEGKWITZ, R., HELMCHEN, H., KOKOTT, G. und MOMBOUR, W.: Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Berlin, 1980

DER TAGESSPIEGEL: Zu Alltagskonflikten zurückfinden: Wohngemeinschaft für psychisch Kranke gegründet. In: Tagesspiegel vom 20.10.1982

DER TAGESSPIEGEL: Mehr Wohngemeinschaften für psychisch Kranke vorgesehen. In: Tagesspiegel vom 18.01.1984

DER TAGESSPIEGEL: Anhörung über Gesetz für psychisch Kranke. Tagesspiegel vom 27.01.1984

DER SPIEGEL: "Schizophrenie austragen wie Schnupfen". In: Der Spiegel, Nr. 47, 1978, S. 195 - 207

DILLING, H.: Gemeindepsychiatrie und Rehabilitation in England. In: Der Nervenarzt, 41. Jahrg. Heft 6 (1970), 277 - 286

DILLING, H. und WEYERER, S.: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrischer Versorgung. München, 1978

DÖRNER, K. (Hgb.): "Die Unheilbaren", Rehburg-Loccum 1983. Darin: DÖRNER, K. Vom Mythos der Heilbarkeit, S. 29 - 35

DOHRENWEND, B. P. und CHING-SHONG, E.: Social status and attitudes toward psychological disorder. In: Amer. Sociol. Rev., 32 (3), 1967, 417 - 433

DOHRENWEND, B. P. und DOHRENWEND, B. S.: Social status and psychological disorder. New York, 1969

DOHRENWEND, B. P. und DOHRENWEND, B. S.: Sozialer Status und psychische Störungen: Bestandsaufnahme epidemiologischer Forschung. In: KEUPP, H. (Hgb.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Berlin, 1974

DÜHRSSEN; A.: Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Göttingen 1972

DÜHRSSEN, A.: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen, 1963

EASTWOOD, M. R.: Psychiatric morbidity and physical state in a general practice population. In: HARE, E. H. and WING, J. K. (Eds.): Psychiatric Epidemiology, London, 1970

EKDAWI, M. Y.: The Netherne Resettlement Unit: Results of Ten Years. In: Brit. J. Psychiatr., 121, 1972, 417 - 424

ELLIOT, J.: Death and the midlife crises. 1965

ERIKSON, E. H.: Das Problem der Identität. In: Psyche 10, 1956/57, 114 - 176

FAHRENBERG, J.: Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL). In: Zeitschr. f. klin. Psychol. Bd. IV, 1975, 79 - 100

FAKHRUDDIN, A. K. M, MANJOORAN, A., NAIR, N. P. v. und NEUFELDT, A.: A five-year outcome of discharched chronic psychiatric patients. In: Canad. Psychiatr. Ass. J. Vol. 17, 1972, 433 - 435

FARIS, R. E. L. und DUNHAM, H. W.: Mental Disorders in Urban Areas. An ecological Study of Schizophrenia and other Psychoses. Chicago 1965 (1st Edition: 1933)

FILSTEAD, W. J.: Soziale Welten aus erster Hand. (1970) In: GERDES, P. (Hgb.): Explorative Sozialforschung. Stuttgart, 1979, 29 - 40

FORREST, A. und HAY, A. J.: Sex differences and the schizopgrenic experience. In: Acta Psychiatr. Scand. 47, 1971, 137 - 149

FINZEN, A.: Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung - notwendige Strukturreform oder "unrealistisches Wunschdenken"? In: Nervenarzt 43, 1971, 37

FINZEN, A.: Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. München, 1974

FINZEN, A.: Unzureichende Hilfe bei chronischen Leiden. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 22.11.1984

FISCHER, F.: Irrenhäuser, Kranke klagen an. München, 1969

FOUCAULT, M.: Histoire de la Folie, Paris, 1961

FREEMAN, H.: Pharmacological treatment and management. In: WING, J. K. (ed.): Schizophrenia Toward a new Synthesis. London, 1978 (Academic Press), 167 - 187

FREUD, S.: Gesammelte Werke: Bd. X, Bd. XIII, 1. Aufl., London, 1948 (GW)

FRIED, M.: Social Differences in Mental Health. In: KOSA, J., ANTONOYSKY, A. E. und ZOLA, I.K. (Hgb.): Poverty and Health. Cambridge, Mass., 1969

GÄRTNER-PETERHOFF, D. und GÄRTNER, D.: Einige Aspekte zur Praxis psychiatrischer Anamnesenerhebung, auch hinsichtlich ihrer Auswirkung auf Diagnostik, Aufhellung der Pathogenese und Therapie. Dipl.Arbeit, FU, Psychologisches Institut, Betreuer: BACH, H., 1975

GERDES, K.: Explorative Sozialforschung. Stuttgart, 1979

GLASER, B. G. und STRAUSS, H. L.: Die Entdeckung begründeter Theorie. (1967) In: GERDES, K. (Hgb.): Explorative Sozialforschung, Stuttgart, 1979, 63 - 67

GLEISS, I.: Psychische Störungen und Lebenspraxis, Weinheim, 1980

GLEISS, I., SEIDEL, R. und ABHOLZ, H.: Soziale Psychiatrie. Frankfurt, 1973

GLUECK, Sh. und GLUECK, E.: Juvenile Delinquents grown up. New York, 1946

GOFFMAN, E.: Asylumns. New York, 1961

GOFFMAN, E.: Stigma. Frankfurt, 1975

GOLDFARB, A. I.: Geriatric Psychiatry. In: FREDDMAN, A. M. and KAPLAN, H. I. (Eds.), Textbook of Psychiatry. Baltimore, 1967, 1564 - 1587

GOMEZ, E. A.: Small supportive treatment units and the problem of recidivism in indigent chronic schizophrenic patients. In: Psychiatr. Quarterly Vol. 50 (3), 1978, 211 - 218

GOSSETT, J. T., BARNHART, D., LEWIS, J. M. und PHILLIPS, V.: Follow-up of Adolescents treated in a psychiatric Hospital. In: Arch Gen Psychiatry, Vol. 34 (1977), 1037 - 1042

GRIESINGER, W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 2. Auflage, Stuttgart, 1861

HÄFNER, H.: Gutachten über Struktur und Organisation einer neu zu bauenden Universitätsklinik. In: Soc. Psychiatr. Vol. 2, 1967, 189 - 196

HÄFNER, H.: Der Einfluß von Umweltfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für Schizophrenie. In: Der Nervenarzt 42, 1971, 557 - 568

HÄFNER, H.: Krisenintervention. BATTEGAY, R., PFISTER-AMMENDE, M., BURNER, M., LABHARDT, F. und LUBAN-PLOZZA, B. (Hgb.) In: Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. Bern, 1975, 215 - 226

HÄFNER, H.: Prozeß und Entwicklung als Grundbegriffe der Psychopathologie. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. 31, 393 - 438

HÄFNER, H., BAEYER, W. v. und KISKER, K. P.: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik. In: Helfen und Heilen 4, 1965, 1

HÄFNER, H., REIMANN, H., IMMICH, H. und MARTIN, H.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1969. In: Soc. Psychiatr. 4, 1969, 126 - 135

HÄFNER, H. und ZERSSEN, D. v.: Soziale Rehabilitation ein integrierender Bestandteil psychiatrischer Therapie. In: Der Nervenarzt 6, 1964, 242 - 247

HAFERKAMP, H.: Kriminalität ist normal. Stuttgart, 1972

HAMPEL, R. und FAHRENBERG, J.: Freiburger Beschwerdenliste (FBL): Gruppenvergleiche, Clusteranalysen und Korrelationsstudien. Unveröffentl. Aufsatz, 1977, 1 - 20

HANSELL, N., BENSON, M. L. und ROCKFORD, M. S.: Interrupting Long-Term Patienthood. A Cohort Study. In: Arch. Gen. Psychiatr., Vol. 24, 1971, 238 - 243

HANTEL-QUITMANN, W.: Psychologie in der Rehabilitation Behinderter. Unveröffentl. Diss., Berlin, 1980

HARROW, M., GRINKER, R., SILVERSTEIN, M. und HOLZMANN, P.: Is Modern-Day Schizophrenic Outcome still negative? In: Am. J. Psychiatry 135, 1978

HARTMANN, W. und MEYER, J. E.: Zur stationären Behandlung chronisch Schizophrener in der Bundesrepublik. In: Der Nervenarzt 45, 1974, 1 - 8

HARTWICH, P.: Schizophrenie und Aufmerksamkeitsstörungen. Berlin, 1980

HAU, T. F.: Frühkindliches Schicksal und Neurose. Göttingen, 1968

HAVIGHURST, R. J.: Dominant concerns in the life. In: SCHENK-DANZINGER, L. (Hgb.): Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie. Göttingen, 1963

HEINRICH, K. und MÜLLER, U.: Psychiatrisch-soziologische Daten und Thesen zur Reform der Anstaltspsychiatrie als dem Kernstück der Psychiatriereform. In: Der Nervenarzt 48, 1977, 578 - 585

HELMCHEN, H., HIPPIUS, H. und STÜRZEBECHER, M.: Ergebnisse, Kasuistik und Diskussionen: Zur psychiatrischen WHO-Diagnosenstatistik an vier Berliner Nervenkliniken. In: Der Nervenarzt 43, 1972, 427 - 432

HENDERSON, V.: Choreographie in langfristigen Beziehungen. In: Journey Vol. 1, 1982, 3

HEMPRICH, R. D. und KISKER, K. P.: Die "Herren der Klinik" und die Patienten. Erfahrungen aus der teilnehmend-verdeckten Beobachtung einer psychiatrischen Station. In: Der Nervenarzt 39, 10, 1968, 433 - 441

HERTING, J.: Vortrag zur Geschichte des Irrenwesens der Stadt Frankfurt a.M./Ms.i.d. wiss.Bibl. d. Rhein. Landeskrankenhauses Düsseldorf-Grafenberg

HINCKLE, L. E. und WOLFF, H. C.: The nature of man's adaptation to his total environment and the relation of this to illness. In: Arch. intern. Med. 99, 1957, 442

HINTERHUBER, H.: Zur Katamnese der Schizophrenien. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 41, 1973, 527 - 558

HIRSCH, S. R. und LEFF, J. P.: Abnormality in parents of schizophrenics: A review of the literature and an investigation of communications defects and deviances. London, 1975

HOLLINGSHEAD, A. B. und REDLICH, F. C.: Social class and mental illness. New York, 1958

HOLLINGSHEAD, A. B. und REDLICH, F. C.: Der Sozialcharakter psychischer Störungen. Frankfurt, 1975

HOLZKAMP, K.: Kritische Psychologie, Frankfurt, 1972

HUBATSCH, W.: Die deutsche Frage. In: PLOETZ (Hgb.), Würzburg, 1961

HUBER, G.: Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung - notwendige Strukturreform oder "unrealistisches Wunschdenken?" Erwiderung zu der Diskussionsbemerkung von A. FINZEN. In: Nervenarzt 43 (1972), 482 - 485

HUBER, G., GROSS, G. und SCHÜTTLER, R.: Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Berlin, 1979

HURRELMANN, K.: Unterrichtsorganisation und schulische Sozialisation. Weinheim, 1971

JANZARIK, W.: Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Stuttgart, 1979

JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1973

JERVIS, G.: Die offene Institution. Über Psychiatrie und Politik. Frankfurt, 1979

JETTER, D.: Zur Typologie des Irrenhauses in Frankreich und Deutschland (1780 - 1840). Wiesbaden, 1971

JONAS, D. F. und JONAS, A. D.: Der Fremde in unserer Mitte. In: Neurol. Psychiatr. 3, 1, 1977, 44 - 47

JONAS, R., OBERDALHOFF, H. E. und SCHULZE, H. H.: Die Besuchsfrequenz an psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Krankenhäusern. In: Sozialpsychiatrie 4, 2, 1969, 69 - 75

KEIL, U. und BACKSMANN, E.: Soziale Faktoren und Mortalität in einer Großstadt der BRD. In: ABHOLZ, H. H. (Hgb.): Krankheit und soziale Lage: Befunde der Sozialepidemiologie. Frankfurt, 1976, 160 - 170

KEPPLER, K., LEMPP, R., PASCHEDAG, D., REBMANN, H. E. und RUPP, R.: Die frühkindliche Anamnese der Schizophrenen. In: Der Nervenarzt 50, 1979, 719 - 724

KESSLER, B. H. und SCHMIDT, L. R.: Anamnese und Ratingverfahren. In: SCHMIDT, L. (Hgb.): Lehrbuch der klinischen Psychologie. Stuttgart, 1978, 206 - 219

KEUPP, H.: Zur politischen Produktionslogik eines realen Mythos. In: Soz. Psych. Inf. 73/74 (1), 1983, S. 156 - 167

KEUPP, H. (Hgb.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Berlin, 1974

KEUPP, H., KOENEN, E., KRAUS, W., NAGGL, M. und RERRICH, D.: Psychiatriereform in der Bundesrepublik. Die Verfallsgeschichte einer Reform und was die Perspektive von Scull zu ihrer Einschätzung beitragen könnte. Im Anhang von: SCULL, T.: Die Anstalten öffnen? 1980, 239 - 260

KEUPP, H. und ZAUMSEIL, M. (Hgb.): Die gesellschaftliche Organisierung psychischen Leidens. Frankfurt, 1978

KIND, H.: Welche Faktoren stützen heute eine psychogenetische Theorie der Schizophrenie? In: Psyche XIX (1965/66) Heft 3, 188 - 218

KLEINING, G. und MOORE, H.: Soziale Selbsteinstufung. In: Köl. Zsch. Soziol. Sozial-Psychol. 20, 1968, 502 - 552

KNÖRZER, W.: Lernmotivation. In: SPIEL, W. (Hgb.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd XI, Konsequenzen für die Pädagogik (1), 749 - 778

KÖNIG, K. und TISCHTAN-SCHRÖTER, R.: Der interaktionelle Anteil der Übertragung bei Partnerwahl und Partnerveränderung. In: Zschr.f.Psychosom. Med.u.Psychoanal. 28, 1982, 266 - 279

KOHN, M. L.: Der Zusammenhang von Schicht, Familie und Schizophrenie: eine Neuformulierung. In: KEUPP, H. (Hgb.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Berlin, 1974, 292 - 304

KRAEPELIN, E.: Klinische Psychiatrie. Bd III u. IV, 1927

KRETSCHMER, E.: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart 1949

KREUZBERG, K.: Modellprogramm Psychiatrie: "Maßnahmen zur Humanisierung des Krankenhauses" des Bundesministeriums für Arbeit: Jahresbericht 1982 (unveröffentl. Skript.)

KRINGLEN, E.: Zum heutigen Stand der Schizophrenieforschung. In: Nervenarzt (1981) 52: 68 - 73

KRÜGER, K. H.: Ich lerne langsam, dich zu hassen. In: Zschr. 'Der Spiegel' 33, 1983, 49

KULENKAMPFF, C.: Wie schlecht ist die Krankenhauspsychiatrie in diesem Lande? In: Der Nervenarzt 41, 1970, 150 - 152

KUNZE, H.: Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? In: Der Nervenarzt 48, 1977, 83 - 88

ENZENSBERGER, H.M. (Hgb.): Das Elend mit der Psyche. Kursbuch 28, 1972

LAMB, H. R. und GOERTZEL, V.: The Demise of the State Hospital - A premature Obituary? In: Arch. Gen. Psychiatr., Vol. 26, 1972, 489 - 495

LAMPRECHT, F.: Psychosomatische Aspekte in der Neurologie. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd IX, Psychosom., München 1979

LAMPRECHT, F.: Über Psychotherapiegruppen in einer neurologischen Poliklinik. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosom. 25, 1980, 49 - 58

LANGNER, T. S. und MICHAEL, S. T.: Life stress and mental health. New York, 1963

LEAF, P.: Patients released after Wyatt: Where did they go? In: Hospital and Community Psychiatry 28, 5, 1977, 366 - 369

LEHMKUHL, D.: Planungsgrundlagen für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung Charlottenburgs. Diss., FU Berlin, 1979

LIDZ, Th.: Das menschliche Leben. Die Entwicklung der Persönlichkeit im Lebenszyklus. Frankfurt, 1970

LIDZ, Th.: Der gefährdete Mensch. Frankfurt, 1976

LINDEMANN, K.: Psychiatrie im Wandel III. Unveröffentl. Skript. einer Radiosendung im SFB, 1980

LORENZER, A.: Variationen zum Thema "Wer nicht hören will, muß fühlen". In: ENGLERT, A. (Hgb.): Die Verarmung der Psyche. Frankfurt, 1979

LÜRSSEN, E.: Psychoanalytische Theorien der Suchtstruktur. In: Suchtgefahren 20, 1974, 145 - 151

MALAN, D. H., BACAL, H. A. J., HEATH, E. S. und BALFOUR, F. G. H.: A study of psychodynamic changes in untreated neurotic patients. In: Brit. J. Psychiatry 114, 1968, 525 - 553

MATTES, J. A., KLEIN, D. F., MILLAN, D. und ROSEN, B.: Comparison of the Clinical Effectivenes of "Short" versus "Long" stay Psychiatric Hospitalization. In: The Journal of Nervous and Mental DISEASE 1979 Vol. 167, 175 - 181

MATUSSECK, P.: Zur Frage des Anlasses bei schizophrenen Psychosen. In: Arch. Psychiat. u. Zschrft. für Ges. Neurol. Bd 197, 1958, 91 - 120

MC KECKNIE, A. A., PHILIP, A. E., ROBERTSON, E. und SMITH, P.: Follow up of all long-stay psychiatric Population. In: Health Bulletin, Vol. XXXII, 2, 1974, 74 - 77

MESTER, H.: Psychiatrische Probleme der Elternschaft. In: PETERS, U. H. (Hgb.): Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd X, Ergebnisse für die Medizin, (2) Zürich, 1980, 267 - 287

MESTER, H.: Psychiatrische Probleme der Scheidung. In: PETERS, U. H. (Hgb.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd X, Ergebnisse für die Medizin, (2) Zürich, 1980, 301 - 306

MEYER, J. K. und ROBERTS, B. H.: Family and class dynamics. In: Mental illness. New York, 1959

MIEVILLE, C.: Chronicité: Chronicisation ou chronification? Du de l'évolution morbide à la relation thérapeutique. In: Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie. Vol. 126, (1980) 2, 229 - 243

MILLER, S. M. und MISHLER, E. G.: Social Class, Mental Illness and American Psychiatry. In: An expository Review, Milbank Mem. Fund. Quart. 37, 1959, 1 - 26

MONAHAN, Th. P.: Familienstatus und Jugenddelinquenz. In: SACK, F., KÖNIG, R.: Kriminalsoziologie, Frankfurt, 1968

MOSER, T.: Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur. Frankfurt, 1970

MOSER, T.: Repressive Kriminalpsychiatrie. Frankfurt, 1971

MOORE, H. und KLEINING, G.: Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Köl. Zsch. Soziol. Sozial-Psychol. 12, 1960

MÜLLER, C.: Neue Wege in der Organisation des psychiatrischen Spitals. In: Schweiz. Med. Wochenschr. 93, 1963, 53 - 56

MÜLLER, C.: Psychische Erkrankungen und ihr Verlauf, sowie ihre Beeinflussung durch das Alter. Bern, 1981 (1)

MÜLLER, C.: Psychiatrische Institutionen. Berlin, 1981 (2)

NISKANEN, P. und PIKHANEN, T. A.: A comparative study of home treatment and hospital care in the treatment of schizphrenic and paranoid psychotic patients. In: Acta Psychiatr. Scand. 47, 1971, 271 - 277

ØDEGAARD, Ø.: Social and ecological factors in the etiology, outcome, treatment and prevention of mental disorders. In: KISKER, K. P., MEYER, J. E., MÜLLER, C. und STRÖMGREN, E. (Hgb.): Psychiatrie der Gegenwart III. Soziale und angewandte Psychiatrie. Berlin, 1975

OZARIN, L. D. und SCHARFENSTEIN, S. S.: The aftermaths of deinstitutionalization: Problems and solutions. In: Psychiatr. Quaterly, 50 (2), 128 - 32

PANSE, F.: Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart, 1964

PETERSEN, P. und BACHMANN, R. H.: Ferienlager mit psychiatrisch chronisch Kranken. In: Zschr. Psychother. Med. Psychol. 19, 1969, 17 - 24

POERKSON, N.: Über Krisenintervention. In: Zschr. Psychother. Med. Psychol. 20, 1970, 85 - 95

PURVIS, S. A. und MISKIMMINS, R. W.: Effects of community follow-up on post-hospital adjustment of psychiatric patients. In: Community Mental Health Journal, Vol. 6 (5) 1970, 374 - 382

PRICE, J. S. und HARE, E. H.: Birth order studies: Some sources of bias. In: British. J. Psychiatr. 115, 1969, 633 - 646

RATHGEBER, W. (Hgb.): Medizinische Psychologie. München, 1975, 91 u. 97

RAVE-SCHWANK, M. und HÜNECKE, H.: Zur Rehabilitation chronisch Kranker. In: Der Nervenarzt 50, 1979, 800 - 805

REDLICH, F. C.: Symposium on Preventive and Social Psychiatry 15, 1957. Walter Reed Army Institute of Research, Washington, USGPO 1958

REDLICH, F. G. und FREDDMAN, O. X.: Theorie und Praxis der Psychiatrie. Frankfurt, 1970

REIMER, F.: Klinifizierung, Fehlplazierung und Praxis der Heimverlegung. In: Spektrum I, 1979, 7 - 10

RICHTER, H. E.: Eltern, Kind und Neurose. Neuwied, 1969

RIDDER, P.: Die Patientenkarriere. Von der Krankheitsgeschichte zur Krankengeschichte. Stuttgart 1974

RIESMAN, D., GLAZER, N. und DENNEY, R.: The Lonely Crowd. New York, 1953

ROHDE, J. J. und ROHDE-DACHSER, Ch.: Soziologie und Sozialpsychologie des klinischen Bereichs. In: SCHRAML, W. und BAUMANN, K. (Hgb.): Theorie und Praxis, Bern, 1975, 49 - 77

ROMEY, S.: Von der Aussonderung zur Sonderbehandlung. In: WUNDER, M. und SIERCK, U. (Hgb.): Sie nennen es Fürsorge. Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand mit Beiträgen vom Gesundheitstag Hamburg 1981, Berlin 1982, 13 - 26

ROSENBLATT, A. und MAYER, J. E.: The Recidivism of Mental Patients: A review of past studies. In: Amer. J. Orthopsychiat. 44 (5), October 1974, 697 - 704

ROOSENS, E.: Mental patients in town life. London, 1979

ROSENHAN, D. L.: On being insane in insane places. In: Science 180, 1973, 356 - 370

ROSEMEIER, H. P.: Medizinische Psychologie. Stuttgart, 1975

RUDOLF, G.: Entstehungsbedingungen neurotischer Symptomatik: Der Einfluß der sozialen Verhältnisse. In: Zschr. Psychosom. Med. u. Psychoanl., 1973, 128 - 144

SACHS, L.: Statistische Auswertungsmethoden. Berlin, 1969

SARTORIUS, N., JABLENSKY, A. und SHAPIRO, R.: Cross-cultural differences in the short-term prognosis for schizophrenic psychoses. In: Schizophren. Bull. 4, 1978, 102 - 113

SAXENA, SHEKHAR, MOHANID, D., DUBE, S., SUNDARAM, K. R. und CHAWLA, P. L.: Reliability of life event information: a study on 83 psychiatric patients. In: Soc. Psychiatry (1983) 18: 177 - 179

SCHARFETTER, C.: Entwicklungskrisen. In: PETERS, U. H. (Hgb.) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd X, Ergebnisse für die Medizin (2), Psychiatrie, Zürich, 1980, 315 - 320

SCHEFF, T. J.: Das Etikett "Geisteskrankheit". Soziale Interaktion und psychische Störung. Frankfurt, 1973

SCHEUCH, E. K. und DAHEIM, H. J.: Sozialprestige und soziale Schichtung. In: GLASS, D. V. und KÖNIG, R. (Hgb.): Soziale Schichtung und soziale Mobilität. Köln/Opladen, 1961

SCHINDLER, R.: Das psychodynamische Problem beim sogenannten schizophrenen Defekt. In: BENEDETTI, F. und MÜLLER, C. (Hgb.): 2. int. Symp. Psychother. Schizophrenie, Vol. 2, Zurich, 1959, 276 - 288 (Basel 1960)

SCHINDLER, R.: Über Chronifikation der chronischen Patienten aus dem Gesichtspunkt der Interaktion im medizinischen Behandlungssystem. In: Schweiz. Arch. f. Neurol., Neurochir. u. Psychiatr., Bd 126, Heft 2, 1980, 315 - 320

SCHMID, B.: Eine katamnestische Untersuchung von 90 Langzeitpatienten am psychiatrischen Provinzspital von Triest. Unveröffentl. Diss., Zürich, 1979

SCHMIDT, L. R.: Lehrbuch der klinischen Psychologie. Stuttgart, 1978

SCHRAML, W.: Abriß der klinischen Psychologie. Stuttgart, 1972

SCHÜLER-SPRINGORUM, H.: Strafvollzug im Übergang. Göttingen, 1969

SCHULTZ-HENCKE, H.: Einführung in die Psychoanalyse 1927. Unveränderter Nachdruck. Göttingen, 1972

SCHUR, M.: Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: BREDE, K. (Hgb.) Einführung in die psychosomatische Medizin. Frankfurt 1980, 335 - 395

SCHWARZ, R. und MICHAEL, J.: Zum Konzept von (psychischer) Behinderung. In: Nervenarzt 48, 656 - 662 (1977)

SCOTT, W. A.: Conceptions of Normality. In: BORGATTA and LAMBERT: Handbook of Personality. Theory and Research. 1968, 974 - 1006

SCULL, A. T.: Die Anstalten öffnen? Frankfurt, 1977

SINGER, M. T. und WYNNE, L. C.: Differentiating Characteristics of the Parents of Childhood Schizophrenics, Childhood Neurotics and Young Adult Schizophrenics. Amer. J. Psychiat. 120, 1963, 234 - 243

SETHE, P.: Schicksalsstunden der Weltgeschichte. Frankfurt, 1963

SPOHN, H. E. und PATTERSON, T.: Recent studies of psychophysiology in schizophrenia. In: Schizophren. Bull. 5, 1979, 581 - 610

SPIEL, W.: Phasen der kindlichen Entwicklung. Göttingen, 1974

SPOERRI, T.: Kompendium der Psychiatrie. 8. Auflg., Basel, 1975

SROLE, L., LANGNER, T. S., MICHAEL, S. T., OPLER, M. D. und RENNIE, T. A.: Mental Health in the Metropolis: The Manhatten Midtown Study, Vol. I, New York, 1962

STEIN, R.: Von der "Schlangengrube" zur gemeindenahen Psychiatrie. In: Berliner Tageszeitung 'Der Tagesspiegel' 1979, Ausgabe Nr. 10 087, S. 14

STEINGRÜBER, H., OLES, M. und STREHSE, W.: Zur Problematik des Misplacements und der Rehabilitationschancen von psychiatrischen Patienten. In: Psychiatrische Praxis 4, 1975, 205 - 213

STERN, E.: Lebenskonflikte als Krankheitsursache. Zürich, 1952

STERNBERG, E. und MOLTSCHANOVA, J. K.: Über schubförmig verlaufende Schizophrenien mit ungewöhnlich langdauernden Remissionen. In: Der Nervenarzt 43 (5), 1972, 253 - 257

STIERLIN, H.: Die Funktion der inneren Objekte. In: Psyche 25, 1971, 81 - 99

STIERLIN, H.: Eltern und Kinder im Prozeß der Ablösung. Frankfurt, 1975

STIERLIN, H.: Psychosomatische Erkrankungen als Störungen der Differenzierung-Integration: Ein Ausblick auf die "Familienpsychosomatik". In: OVERBECK, G. und A. (Hgb.): Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. Reinbeck, 1977, 271 - 292

STOTSKY, B. A.: Social and Clinical Issues in Geriatric Psychiatry. In: The American Journal of Psychiatry 129: 2 (1972), 117 - 125

STRÖMGREN, E.: Vortrag auf dem Kongreß der DGPN in Bad Nauheim, 1970

STROTZKA, H., LEITNER, I., CZERWENKA, WENKSTETTEN, G. und GRAUPE, S. R.: Sozialpsychiatrische Feldstudie über eine ländliche Allgemeinpraxis. Wien, 1968

STRUCK, G.: Psychopathologische eheliche Störungen. In: PETERS, U. H. (Hgb.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd X, 2, Ergebnisse für die Medizin (Psychiatrie), 1980, 288 - 300

STUBBLEBINE, J.M. und DECKER, B.: Are urban mental health centers worth it? In: Amer. J. Psychiat. 127:7, January 1971, S. 908-912

TEGELER, J., LEHMANN, E. und STOCKSCHLAEDER, M.: Zur Wirksamkeit der langfristigen ambulanten Behandlung Schizophrener mit Depot- und Langzeit-Neuroleptika. In: Der Nervenarzt 51, 1980, 654 - 661

TÖLLE, R.: Das vorletzte Kind. In: Zschr. f. Psychosom. Med. u. Psychoanal. 1, 1982, 52 - 68

TORESINI, L.: Der Mythos vom harten Kern. In: Soz. Psych. Inf. 73/74 (1) 1983, 26 - 33

TUTTLE, L. P., TERRY, D. und SHINEDLING, M. M.: Note on increase of social interaction of mental patients during a camp trip. In: Psychological Reports 36, 1975, 77 - 78

UEXKÜLL, T. v. und WESIAK, W.: Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie der Heilkunde. In: UEXKÜLL, T. v. (Hgb.): Lehrbuch für psychosomatische Medizin. München, 1979

VERMOREL, H. und MEYLAN, A.: Cent ans de psychiatrie. C.E.M.E.A., Paris, 1969

VINNAI, G.: Sozialpsychologie der Arbeiterklasse. Reinbeck, 1973 (roro)

VOGEL, P.: Grundfragen der klinischen Neurologie. In: WEIZSÄCKER, V. v. (Hgb.): Arzt im Irrsal der Zeit - eine Freundesgabe zum 70. Geburtstag. Göttingen, 1956, 179 - 189

VOGEL, T.: Probleme und Fehlerquellen bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse epidemiologischer und sozialpsychiatrischer Studien. In: Nervenarzt 46 (1975), 617

VOGEL, T. und VLIEGEN, J.: Soziale Auswirkungen der Schizophrenie. In: Der Nervenarzt 46, 1975, 569 - 575

VOSS, G.: Der Einfluß der sozialen Lage auf Nerven- und Geisteskrankheiten (1913). In: MOSSE, M. und TUGENDREICH, H. (Hgb.): Krankheit und soziale Lage. München: Lehmann

World Health Organisation (WHO): Bericht über Triest 1971, unveröffentl. Skript.

World Health Organisation (WHO): Zusammenfassender Bericht: Die Zukunft psychiatrischer Krankenhäuser. In: Spektrum 6, 1978, 212 - 220 (Übersetzung: KUNZE, H.)

World Health Organisation (WHO): Erhebungsbogen über ambulante, psychiatrische Versorgung, 1970 - 71

WILLI, J.: Die Zweierbeziehung. Reinbeck, 1975

WING, J. K.: Sozialpsychiatrie. Berlin, 1982

WING, J. K. und BROWN, G. W.: Institutionalismn and Schizophrenia. London, 1970

WING, J. K. und BROWN, G. W.: Institutionalismus und Schizophrenie. Sociological Review, Mon. Nr. 5, 1970

WOLFF, R. und HARTUNG, K.: Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie. In: ENZENSBERGER, H. M. und MICHEL, K. M. (Hgb.): Kursbuch 28, 1972, 2 - 104

WULFF, E.: Psychopathie - Soziopathie. In: Das Argument 71/1972

wYNNE, L. C. und SINGER, M. T.: Denkstörung und Familienbeziehung bei Schizophrenen. Teil I - IV. In: Psyche 19, 1965, 81 - 160

ZERSSEN, D. v.: Die Befindlichkeitsskala. (Manual) Weinheim, 1976

ZIGLER, E. und PHILLIPS, L.: Social effectiveness and symptomatic behavior. In: J. Abnorm. and Soc. Psychol. 61, 1960, 231 - 238

ZUSMAN, J.: Some explanations of the changing appearance of psychotic patients. In: GRUENBERG, E. M. (ed.): Evaluating the Effectiveness of Community Mental Health Services. New York, Milbank Memorial Fund. 1966, 363 - 394

Sachregister:

1. Patienten Nr.

2 Präsenile und senile Demenz
0101 s. S. 162, 175, 220, 309, 446

0102 s. S. 309

6 Andere organisch psychiatrisch Erkrankte
0201 s. S. 137, 174, 175, 253, 308, 445
0202 s. S. 175, 219, 226
0203 s. S. 153
0204 s. S. 153, 157, 267
1205 s. S. 175, 352, 389, 398, 423
1206 s. S. 153, 172, 237, 345, 364, 426, 436

1 Persönlichkeitsstörung
1301 s. S. 137, 152, 174, 219, 345, 379, 422, 425

13 Oligophrenie
0401 s. S. 237, 240, 387, 452
1402 s. S. 356, 390, 423
1403 s. S. 352, 389
1404 s. S. 390, 398
1405 s. S. 194, 355, 356, 389, 390, 410, 424, 430
1406 s. S. 388
1407 s. S. 193, 387
1408 s. S. 193, 380, 426
1409 s. S. 290, 334, 380, 426, 434
1410 s. S. 132, 193, 284, 347, 355, 371, 398, 423, 436
1411 s. S. 132, 193, 266, 347, 372, 398, 422, 436
1412 s. S. 173, 284, 343, 365, 403, 426
1413 s. S. 173, 194, 296, 308, 367, 403, 406

12 Alkoholismus

0501	s. S. 157, 166, 307
0502	s. S. 226
0503	s. S. 292
0504	s. S. 167, 226, 259, 306, 307
1505	s. S. 194, 259, 285, 352, 390
1506	s. S. 154, 166, 266, 307, 352, 390, 398
1507	s. S. 167, 403
1508	s. S. 388, 424, 425, 435
1509	s. S. 166, 388, 410, 423, 425, 435
1510	s. S. 168, 381, 411, 435
1511	s. S. 154, 157, 172, 295, 364
1512	s. S. 155, 168, 220, 237, 279, 365, 366, 409, 410, 436

11 Psychosen: Zyklophrenie;
Involutions-Depressionen;
Schizo-affektive Psychosen

0601	s. S. 157, 166, 238, 266, 306
0602	Diese beiden verstorbenen Patienten wurden in der Arbeit
0603	kasuistisch auch erwähnt, jedoch ohne Pat.Nr.-Nennung
0604	s. S. 137, 305, 444, 452
0605	s. S. 140, 199, 305
0606	s. S. 175
0607	s. S. 168
0608	s. S. 163, 194, 220, 305, 447
0609	s. S. 175, 220, 260, 446
0610	s. S. 167, 220, 237, 446
1611	s. S. 163, 166, 220, 281, 334, 390, 409, 430, 452

34 Schizophrenien

0701	s. S. 155, 167, 304
0702	s. S. 137, 304, 333
0703	s. S. 280
0704	s. S. 220, 333, 448

0705 s. S. 166, 220, 324, 445
0706 s. S. 136, 161, 220, 447
0707 s. S. 137, 160, 217, 220, 448
1708 s. S. 109, 238, 273, 324
1709 s. S. 137, 162, 175, 220, 390, 430, 452
1710 s. S. 263, 344, 390, 399, 425, 430
1711 s. S. 138, 167, 391, 397, 398, 409, 412, 423
1712 s. S. 243, 344, 352, 391, 398, 422, 426, 429
1713 s. S. 137, 291, 294, 297, 320, 335, 391, 394, 404
1714 s. S. 243, 333, 334, 391, 398, 410
1715 s. S. 241, 391, 398, 423
1716 s. S. 243, 275, 335, 391, 398, 410, 425
1717 s. S. 138, 181, 195, 243, 244, 405, 422
1718 s. S. 136, 291, 294, 297, 304, 404, 415, 422, 429
1719 s. S. 138, 181, 195, 404, 425
1720 s. S. 138, 166, 215, 406
1721 s. S. 138, 345, 405, 425
1722 s. S. 167, 212, 226, 304, 405, 421
1723 s. S. 137, 212, 260, 268, 304, 335, 344, 371, 398, 411, 422
1724 s. S. 195, 244, 344, 354, 356, 391, 398, 421
1725 s. S. 262, 377, 422
1726 s. S. 379, 402, 406, 424
1727 s. S. 174, 243, 275, 304, 344, 347, 379, 436
1728 s. S. 137, 380, 425
1729 s. S. 162, 220, 266, 273, 304, 377, 426
1730 s. S. 212, 244, 366, 403
1731 s. S. 173, 213, 243, 263, 304, 367, 401, 402, 404
1732 s. S. 220, 324, 347, 368, 403, 412, 421
1733 s. S. 138, 167, 220, 237, 304, 333, 367, 410
1734 s. S. 156, 157, 172, 217, 220, 237, 267, 273, 365, 401, 422, 428

1 nicht klassifizierbar

1801 s. S. 219, 263, 379, 409, 423

2. Fragebogen

Ihre persönlichen Angaben werden streng vertraulich behandelt und dienen rein statistischen Zwecken.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nach bestem Vermögen. Die zutreffenden Antworten sind bitte anzukreuzen.

1. Waren Sie seit Ihrer Entlassung (wann:) aus Klinik X erneut in
   a) klinisch-psychiatrischer Behandlung

   Nein Ja

Name der Klinik	von	bis	wohin entlassen?
1.			
2.			
3.			

   b) ärztliche-psychiatrischer Behandlung

   Nein Ja

Name und Adresse des Arztes	wie häufig im Jahr?

2. Nehmen Sie Medikamente?

   Nein Ja

Name	Menge	für welche Beschwerden?
a.		
b.		
c.		
d.		

3. Welchen Beruf haben Sie erlernt (Schulabschluß)?

   _____

4. Wie lange waren Sie beruflich tätig?

   _____

5. Haben Sie nach Ihrer Entlassung aus Klinik X gearbeitet?

   Nein Ja als .....

bei Firma	Adresse	wie lange?

6. Sind Sie rentenberechtigt?

   Nein · Ja wie hoch ist Ihre Rente? _____

7. Leben Sie von Sozialunterstützung) Nein Ja

8. Unterstützt Sie Ihre Familie? Nein Ja

9. Wie groß ist Ihre Wohnung: Küche Bad ___ Zimmer

10. Leben Sie allein? Nein Ja mit wem? _____

11. Was unternehmen Sie in Ihrer Freizeit? Was macht Ihnen besonderen Spaß?

    _____

12. Falls Sie sich noch erinnern, inwiefern war die Verlegung im Jahr 1969 aus der Y-Klinik in die Klinik X für Sie ein Gewinn?

    a. Das Personal ging besser auf Sie ein. Ja Nein
    b. Der Kontakt zu den anderen Patienten war besser. Ja Nein
    c. Die Räumlichkeiten gefielen Ihnen besser. Ja Nein
    d. Das Essen war besser. Ja Nein
    e. Andere Gründe:

    _____

    f. Das therapeutische Angebot sagte Ihnen mehr zu. Ja Nein

13. Können Sie sich noch aus Ihrer Kindheit an etwas

    a. besonders Erfreuliches _____

    b. besonders Ängstigendes _____

    erinnern?

Die Namen der Großklinik bzw. der kleineren Klinikeinheit sind durch den Buchstaben Y bzw. X unkenntlich gemacht worden.

Herrn Chefarzt Dr. Zeller und Frau Dr. Bolk-Weischedel habe ich das Thema zum Schicksal der 80 Chroniker zu verdanken. Dabei hat mich Frau Dr. Bolk-Weischedel in ersten Gesprächen sehr ermutigt und Herr Chefarzt Zeller mir freien Zugang zu allen Unterlagen verschafft, wofür ich beiden herzlich danke.

Ebenso danke ich den Herren Professoren Dr. Bach und Dr. Rosemeier für die geduldige Betreuung und anregende Unterstützung der aufwendigen Arbeit, die sonst nicht hätte geleistet werden können.

Herrn Prof. Dr. Lamprecht sei nochmals an dieser Stelle für die vielfältigen Impulse setzenden Hilfestellungen zur Studie gedankt.

Außerdem möchte ich Herrn Privat-Dozent Dr. Hopfenmüller - Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation, FU Berlin - einen besonderen Dank aussprechen. Mit seiner Hilfe ist die explorative Datenanalyse in dieser statistisch überschaubaren Weise gelungen.

Lebenslauf

Ich wurde am 14.2.1942 als 6. Kind des Rektors Walter Soell und seiner Ehefrau Emilie, geborene König, in Colmar/Alsace geboren.

1953 - 1962	Besuch des Ellenrieder-Gymnasiums in Konstanz.
März 1962	Wegen starker psychischer Belastung (im 4. Monat schwanger) Mißerfolg beim Abitur.
Sept. 1962	Geburt meiner Tochter Philine.
November 1962	Auswanderung in die USA Verschiedene Tätigkeiten: Indiana University/ Bloomington, Indiana; Fluglinie TWA/San Francisco; Studium in Indiana und Californien.
1968	Rückkehr nach Deutschland. Tätigkeit bei Werbeagentur und TWA
seit 1970	in Berlin/WS 70/71 Beginn des Studiums mit kl. Matrikel an Pädagogischer Hochschule in Berlin.
Mai 1972	Absolvierung des Begabtenabiturs. Allgemeine Hochschulreife.
März 1974	1. Staatsexamen zum Amt d. Lehrer
Mai 1975	Vordiplom in Psychologie am Fachbereich 11 der Freien Universität
Okt. 1975 bis Nov. 1975	6-wöchiges klinisches Praktikum in Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik.
März 1977	Diplom in Psychologie an der Freien Universität Berlin.
August 1977 bis Jan. 1978	Honorarstelle in der Erziehungsberatung Steglitz
Feb. 1978 bis Juli 1979	Tätigkeit als klinische Psychologin in der neurologisch-psychiatrischen Abteilung der Klinik Spandau-Süd/Ortsteil Havelhöhe
Sept. 1979 - März 1982	Psychologin der Gesundheitsberatung für Erwachsene (Präventivmedizin)/Gesundheitsamt Charlottenburg
seit Okt. 1979	in Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten im Institut für Psychotherapie e.V.
seit Juli 1981	Behandlungserlaubnis
seit Nov. 1981	in freier Praxis tätig als Psychotherapeutin.

Ich bin seit Februar 1985 mit dem Rechtsanwalt und Notar Reinhart Rath verheiratet, dem ich zuvor in 15-jähriger ehelicher Gemeinschaft verbunden war.

Die Tochter Philine studiert im 5. Semester an der Hochschule für Kunst in Berlin.

gez. Melinda Rath, geb. Soell

Papyrus-Druck GmbH Berlin ☎ 3416451
Dissertationen